This is a digital copy of a book that was preserved for generations on library shelves before it was carefully scanned by Google as part of a project to make the world's books discoverable online.

It has survived long enough for the copyright to expire and the book to enter the public domain. A public domain book is one that was never subject to copyright or whose legal copyright term has expired. Whether a book is in the public domain may vary country to country. Public domain books are our gateways to the past, representing a wealth of history, culture and knowledge that's often difficult to discover.

Marks, notations and other marginalia present in the original volume will appear in this file - a reminder of this book's long journey from the publisher to a library and finally to you.

Usage guidelines

Google is proud to partner with libraries to digitize public domain materials and make them widely accessible. Public domain books belong to the public and we are merely their custodians. Nevertheless, this work is expensive, so in order to keep providing this resource, we have taken steps to prevent abuse by commercial parties, including placing technical restrictions on automated querying.

We also ask that you:

+ *Make non-commercial use of the files* We designed Google Book Search for use by individuals, and we request that you use these files for personal, non-commercial purposes.

+ *Refrain from automated querying* Do not send automated queries of any sort to Google's system: If you are conducting research on machine translation, optical character recognition or other areas where access to a large amount of text is helpful, please contact us. We encourage the use of public domain materials for these purposes and may be able to help.

+ *Maintain attribution* The Google "watermark" you see on each file is essential for informing people about this project and helping them find additional materials through Google Book Search. Please do not remove it.

+ *Keep it legal* Whatever your use, remember that you are responsible for ensuring that what you are doing is legal. Do not assume that just because we believe a book is in the public domain for users in the United States, that the work is also in the public domain for users in other countries. Whether a book is still in copyright varies from country to country, and we can't offer guidance on whether any specific use of any specific book is allowed. Please do not assume that a book's appearance in Google Book Search means it can be used in any manner anywhere in the world. Copyright infringement liability can be quite severe.

About Google Book Search

Google's mission is to organize the world's information and to make it universally accessible and useful. Google Book Search helps readers discover the world's books while helping authors and publishers reach new audiences. You can search through the full text of this book on the web at `http://books.google.com/`

Acerca de este libro

Esta es una copia digital de un libro que, durante generaciones, se ha conservado en las estanterías de una biblioteca, hasta que Google ha decidido escanearlo como parte de un proyecto que pretende que sea posible descubrir en línea libros de todo el mundo.

Ha sobrevivido tantos años como para que los derechos de autor hayan expirado y el libro pase a ser de dominio público. El que un libro sea de dominio público significa que nunca ha estado protegido por derechos de autor, o bien que el período legal de estos derechos ya ha expirado. Es posible que una misma obra sea de dominio público en unos países y, sin embargo, no lo sea en otros. Los libros de dominio público son nuestras puertas hacia el pasado, suponen un patrimonio histórico, cultural y de conocimientos que, a menudo, resulta difícil de descubrir.

Todas las anotaciones, marcas y otras señales en los márgenes que estén presentes en el volumen original aparecerán también en este archivo como testimonio del largo viaje que el libro ha recorrido desde el editor hasta la biblioteca y, finalmente, hasta usted.

Normas de uso

Google se enorgullece de poder colaborar con distintas bibliotecas para digitalizar los materiales de dominio público a fin de hacerlos accesibles a todo el mundo. Los libros de dominio público son patrimonio de todos, nosotros somos sus humildes guardianes. No obstante, se trata de un trabajo caro. Por este motivo, y para poder ofrecer este recurso, hemos tomado medidas para evitar que se produzca un abuso por parte de terceros con fines comerciales, y hemos incluido restricciones técnicas sobre las solicitudes automatizadas.

Asimismo, le pedimos que:

+ *Haga un uso exclusivamente no comercial de estos archivos* Hemos diseñado la Búsqueda de libros de Google para el uso de particulares; como tal, le pedimos que utilice estos archivos con fines personales, y no comerciales.

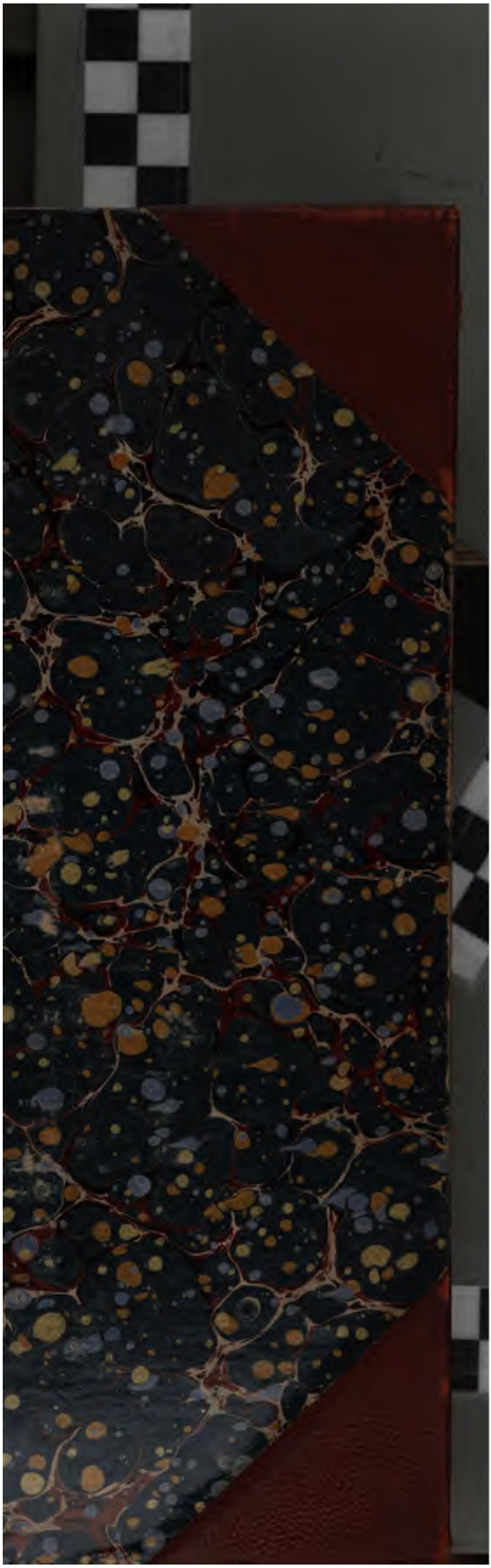
+ *No envíe solicitudes automatizadas* Por favor, no envíe solicitudes automatizadas de ningún tipo al sistema de Google. Si está llevando a cabo una investigación sobre traducción automática, reconocimiento óptico de caracteres u otros campos para los que resulte útil disfrutar de acceso a una gran cantidad de texto, por favor, envíenos un mensaje. Fomentamos el uso de materiales de dominio público con estos propósitos y seguro que podremos ayudarle.

+ *Conserve la atribución* La filigrana de Google que verá en todos los archivos es fundamental para informar a los usuarios sobre este proyecto y ayudarles a encontrar materiales adicionales en la Búsqueda de libros de Google. Por favor, no la elimine.

+ *Manténgase siempre dentro de la legalidad* Sea cual sea el uso que haga de estos materiales, recuerde que es responsable de asegurarse de que todo lo que hace es legal. No dé por sentado que, por el hecho de que una obra se considere de dominio público para los usuarios de los Estados Unidos, lo será también para los usuarios de otros países. La legislación sobre derechos de autor varía de un país a otro, y no podemos facilitar información sobre si está permitido un uso específico de algún libro. Por favor, no suponga que la aparición de un libro en nuestro programa significa que se puede utilizar de igual manera en todo el mundo. La responsabilidad ante la infracción de los derechos de autor puede ser muy grave.

Acerca de la Búsqueda de libros de Google

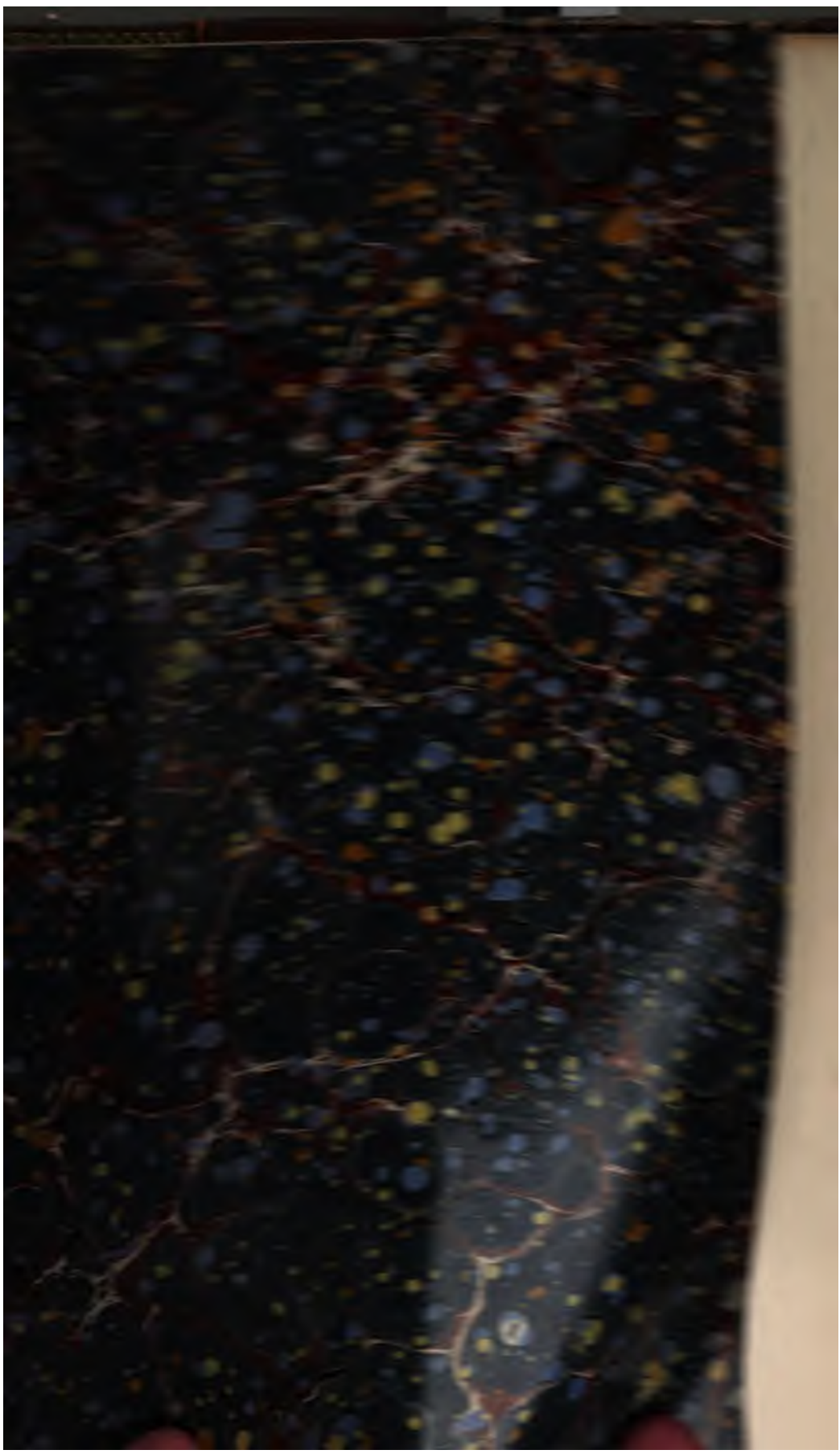
El objetivo de Google consiste en organizar información procedente de todo el mundo y hacerla accesible y útil de forma universal. El programa de Búsqueda de libros de Google ayuda a los lectores a descubrir los libros de todo el mundo a la vez que ayuda a autores y editores a llegar a nuevas audiencias. Podrá realizar búsquedas en el texto completo de este libro en la web, en la página `http://books.google.com`



LANE

MEDICAL LIBRARY

LEVI COOPER LANE FUND



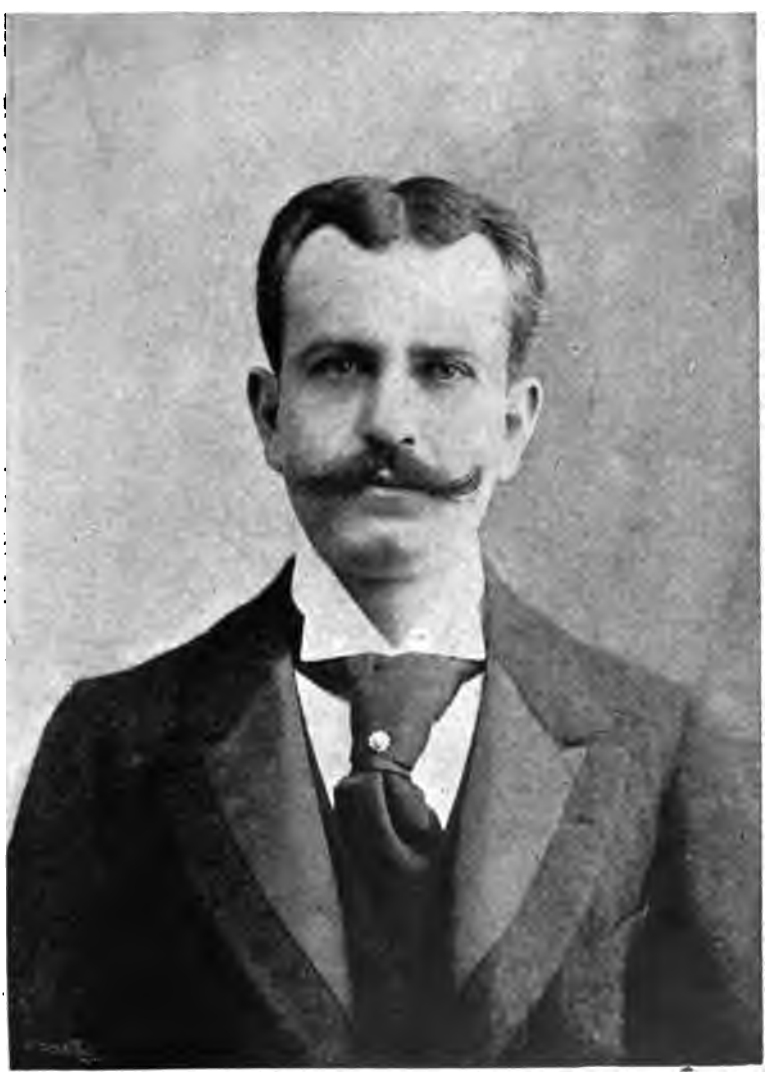
MONOGRAFÍAS

DE

CLÍNICA QUIRÚRGICA

CLINICA QUIRURGICA.

(La Histerectomia.)



Tip. y Foto. «La European

Dr. RICARDO SUAREZ GAMBOA.

MONOGRAFÍAS

DE

CLÍNICA QUIRÚRGICA

POR

RICARDO SUÁREZ GAMBOA

CIRUJANO DEL HOSPITAL «MORELOS.»
CIRUJANO ADJUNTO DEL HOSPITAL «CONCEPCION BÉISTEGUI.» EX-MAYOR MÉDICO-CIRUJANO DEL EJÉRCITO NACIONAL.

MIEMBRO DE LA ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA.

PRIMERA SERIE

CLÍNICA DE GINECOLOGÍA

PRIMER LIBRO

LA HISTERECTOMÍA

LANE MEDICAL LIBRARY
3959
SAN FRANCISCO

CON 103 FIGURAS FUERA DEL TEXTO

MÉXICO

TIPOGRAFIA DE LA OFICINA IMPRESORA DEL TIMBRE
Palacio Nacional

1899

L,r5,

LANE LIBRARY

PROPIEDAD ASEGURADA CON ARREGLO Á LA LEY.

11
3
9.

A MI PADRE

EL SEÑOR

RICARDO B. SUAREZ

AL SEÑOR GENERAL

PORFIRIO DIAZ

Presidente de la República Mexicana

México, Julio 15 de 1898.

Señor Doctor Ricardo Suárez Gamboa.

Presente.

Querido compañero y amigo:

Dos sorpresas he tenido, las dos por causa de Ud., y con muy corto intervalo: fué la primera, el saber que había Ud. llevado á cabo la laboriosa tarea de escribir hoy, en México, un libro que como el que á la vista tengo, denota una perseverancia, una decisión y un amor al trabajo, muy raro entre nosotros, y de los que pocos, muy pocos se pueden formar idea.—Fué la segunda, la carta en que me pide le escriba la introducción para su Obra. Con no fingida modestia aconsejo á Ud. que busque otro introductor: hace ya mucho tiempo que no escribo más que recetas, está oxidada mi pluma y la falta de costumbre me impide hacer lo que Ud. quiere de mí, de la manera debida y como yo bien quisiera, para que correspondiera á la CLINICA QUIRURGICA *que va Ud. á publicar.*

De todos modos, no puedo menos que felicitarle calurosamente, porque con su ejemplo va Ud. á animar á todos los compañeros de buena voluntad para que, desentendiéndose de miras egoístas y haciendo abstracción del lucro que nunca entre nosotros se consigue por buenos que sean los libros, den á conocer al mundo los frutos de su experiencia y contribuyan á extender entre los jóvenes el amor al trabajo y al progreso.—La Literatura en México, la médica sobre todo, está casi por hacer; y es la razón, que el estímulo que engendra los trabajos de grande aliento, haciéndonos soportar sus penas mucho mejor, entre nosotros no existe. Los escritores de todo el mundo van buscando

naturalmente la honra ó el provecho y como por desgracia, en nuestra Patria es tan escaso el público que lee y tan crecido en proporción el que critica y zahiere; como las pocas obras nacionales con que contamos, no se han vendido sino muy poco sin cubrir nunca sus gastos, ha resultado que muy pocos se tomen tanta molestia para tan mala recompensa.

Dan fe de esto que á Ud. digo, los escritos de Lucio *y* Alvarado, *la obra de* Ruiz *é* Hidalgo Carpio, *las memorias de* Carmona y Valle, *de* Terres *y de algunos otros.*

Pero esto ha de tener un hasta aquí; y el que como Ud. tiene el estímulo, no en el medio ambiente sino en el fuego sacro que lo anima, luche y trabaje como siempre lo ha hecho, confórmese sin el lucro, afronte las murmuraciones de los que trabajan poco, prosiga perseverante el camino que se ha trazado, y el triunfo será de Ud.

Dice Peter *que el hombre tiene la edad de sus arterias, y así es en efecto, desde el punto de vista fisiológico; pero desde el moral se puede decir con* Payot *que la verdadera edad debe medirse por el trabajo efectuado, y si esto es así, Ud. que ha visto y operado tanto, puede tener, científicamente al menos, la misma ó más representación que cualquiera de nosotros que fuimos ayer sus maestros.*

El estilo que Ud. emplea es el que juzgo mejor para esta clase de escritos, es una verdadera "causerie" y huye de la hinchazón tan común entre los escritores nuevos.

La veneración que manifiesta Ud. por sus maestros merece todo mi aplauso.

Permítame Ud. que, para terminar, le vuelva á felicitar por el ardor que demuestra en todo lo que se refiere á su profesión y le ha hecho emprender tareas como la que tengo aquí.—De Ud. no puede decirse lo que Cruveilhier *decía de algunos médicos de su tiempo: "No tienen profesión, tienen oficio."*

Vuelvo á aconsejarle que busque otro introductor, ó mejor que se pase sin ninguno.

Obras como esta de Ud. no necesitan padrino.

De Ud. maestro y affmo. amigo,

Joaquín Vértiz.

C. de Ud., México, Octubre 13 de 1898.

Señor Doctor Ricardo Suárez Gamboa.

Presente.

Muy querido compañero y amigo:

Verdadero placer me ha causado Ud. con la lectura de los capítulos de su CLINICA QUIRURGICA, *pues todo aquello que sea un progreso ó un triunfo de mis discípulos me halaga sobremanera; y Ud., que es mi discípulo predilecto, ha obtenido un triunfo en la redacción de su libro, que con tanta modestia califica de ensayo literario.*

Cuando vino Ud. á mí, tan turbado y tan temeroso por su obra, creí francamente que sus escritos eran una serie común de ideas, tomadas de este ó aquel autor y más ó menos bien traducidas; pero con verdadero placer digo á Ud. que me equivoqué, pues su libro está constituído por ideas propias, nuevas y brillantes, y ofrece verdadero, real y constante interés en todo su material. Publíquelo Ud., amigo mío, sin temor ni vacilación: Ud. verá á todas las gentes de juicio y de verdadero mérito, buscar en la lectura de él la experiencia y saber de Ud.; mientras los necios y sus adversarios—que Ud. los tiene, como todo aquel que se eleva sobre los demás,—se ensañarán en algunos defectos de que adolezca su libro, y en los que no teniéndolos, le achacarán con toda impudencia.

Temía Ud. no tener representación quirúrgica bastante para patrocinar por sí mismo sus estudios, y buscaba Ud. una firma respetable para encabezarlos; pero á mi juicio no estaba Ud. en lo justo, cuando me decía eso. La representación quirúrgica se adquiere muy lentamente; y aun cuando Ud. la tiene ya para mí,

que lo he visto operar con tanta maestría y que conozco multitud de sus brillantes triunfos operatorios, es precisamente con una obra como su CLINICA QUIRURGICA, *que la adquirirá Ud. en el público. En cuanto á la firma, le diré á Ud. que la mía nada vale; pero que no vacilaría en dársela, porque sus ideas y conocimientos son de todo mi beneplácito.*

Su libro comienza á iniciar una nueva era entre nuestra juventud médica. Además de llenar una gran necesidad en la Ciencia Quirúrgica, la de erigir monografías para cada una de las grandes operaciones, estimula á sus contemporáneos á sacudir nuestro sopor tradicional y á emprender la lucha por la instrucción, tan valiente y tan afortunadamente como Ud.

Yo recomendaré la lectura de su libro, no solamente á los estudiantes de Medicina, sino á los médicos también, porque además de reunir en él todo lo que hasta hoy se conoce sobre la Histerectomía, emite Ud. con esa lealtad y franqueza que le son características, sus ideas propias sobre el particular, que no son escasas ni malas, á mi juicio.

En una palabra, Ricardo: Ud. ha hecho un libro bonito, útil y de novedad.

Me complazco en repetirle hoy, en las primeras páginas de su Libro, lo que tantas veces he predicho á Ud.: "DENTRO DE MUY POCOS AÑOS LLEGARÁ UD. Á SER UNO DE LOS PRIMEROS CIRUJANOS DE LA REPUBLICA."

Acepte, á la vez que mi más sincera y calurosa felicitación, por el éxito que ha obtenido, el afecto de su maestro, compañero y affmo. amigo

Francisco de P. Chacón.

INTRODUCCION

Escribí para decir verdad.

DR. SUAREZ GAMBOA.

He aquí un libro de "CLINICA QUIRURGICA," escrito é impreso tal cual ha sido pensado: sin armonía, sin ligas aparentes, sin elegancia.

La verdad pura le constituye un fondo que, á veces, parecerá árido y triste, y á veces entusiasta y soñador.

Artículos que procuran buscar enseñanzas efectivas y no ficticias, que apreciará mejor el hombre práctico que el pensador abstracto; revelaciones íntimas é involuntarias de mis impresiones médicas de cada día; páginas de mi vida quirúrgica interna, inspiradas, ya en la decepción, ya en la esperanza, ya en los hospitales, ya en mi Clínica personal, ya en mis horas de entusiasmo juvenil, ya en mis períodos de amargo desaliento y de sequedad intelectual, son el material desordenado que constituyen la cuna de este libro.

Estos artículos analizados y estudiados uno á uno, parecen no tener ninguna relación entre sí, y parecen, también, alejarse un poco del espíritu eminentemente práctico que constituye lo que podría llamarse el *substractum* de mis ideas. Considerados en masa se podrá encontrar un principio de armonía entre la diversidad de todos ellos, pues están destinados á reproducir un gran número de impresiones de la Escuela Quirúrgica Mexicana, impresiones variadas, ora francas y brillantes, ora disimuladas y obscurecidas, pero cuya esencia es uniforme, pues que todas tienden á la justicia en la apreciación de los méritos de nuestros maestros y cirujanos, y á la intención de sostener y demostrar

el progreso quirúrgico de nuestra Escuela: intención de infinita grandeza, tendencia noble y obligatoria de todo espíritu superior; pero para mis débiles fuerzas, imposible de satisfacer como debiera.

Desde luego, pido gracia por las inperfecciones de mi estilo, que herirán muy á menudo á los espíritus delicados y á los filólogos puros. Lo que se piensa y se siente con violencia, se escribe de prisa; nunca es perfecto lo que se hace de esa manera: mi libro está muy lejos de la perfección.

No pertenece sino al genio unir dos cualidades que parecen excluirse: la corrección y la inspiración.

La idea de reunir las impresiones y los pensamientos nuevos que almacenaba en mi memoria, formando una colección de notas breves y de pequeños apuntes, nació de la fascinación que sobre mi espíritu esencialmente reflexivo, tiene la Clínica Quirúrgica, con sus desenlaces brillantes y espléndidos, ó terribles y funestos.

Mi memoria frágil hubiera perdido estas impresiones que constituyen mi tesoro profesional. Estas inspiraciones, reflejos de la inspiración de nuestros maestros, hubieran sucumbido en mis recuerdos sepultadas bajo los egresos de mis impresiones nuevas, ó calcinadas bajo las ardientes controversias íntimas de mi cerebro apasionado, si no hubiera transformado mis ideas pensadas, en notas escritas, si no hubiera vivido muchos días y muchas horas analizando mis impresiones, exprimiendo casi mis órganos pensantes, con la esperanza noble de fijar mis concepciones, de dar forma á mis ideas y á mis recuerdos en las hojas blancas de mis cuadernos, sacrificando todos los días de mi vida en los altares del porvenir.

Yo operaba, estudiaba y escribía con la ardiente fe del que persigue la realización de una idea en que ha colocado todas sus energías.

Mis apuntamientos crecían visiblemente: los éxtasis del triunfo; las desesperaciones sombrías y ocultas de los fracasos; los deslumbramientos súbitos de las ideas nuevas, y las amarguras de las decepciones, todo, todo iba al montón, en confuso y desaliñado tropel; pero de tiempo en tiempo, durante mis horas de calma y de indiferencia nerviosa, cuando mi cerebro reposaba tranquilo y mis facultades de percepción no naufragaban entre el tumulto de mis nuevas sensaciones, releía mis apuntes sin pen-

"MUSEO ANATOMO-PATOLOGICO"

FORMADO POR EL DR. RICARDO SUÁREZ GAMBOA, EXCLUSIVAMENTE CON SUS OPERACIONES.

sar jamás que otros ojos distintos de los míos los recorriesen, ó que otras neuronas vibrasen con las vibraciones de las mías, estampadas en mis escritos.

Con la punta de mi pluma hacinaba y revolvía aquellos apuntes que, cual cenizas frías de mis pensamientos, solían mostrar aún ideas que con rápido brillo de chispas de fuego, se reanimaban para morir, extinguiéndose al contacto de mi mente tranquila ya, y ante la fría influencia de mi razón.

Mis escritos van desprovistos de odios y rencores.

Como quiera que yo he vivido siempre una vida de agitación y de lucha, he encontrado multitud de barreras en la vía de mi final destino; he estado á punto de ver eclipsarse mis ilusiones por la enervante sensación del cansancio y del desaliento.

Finalmente, llegó un día en que el tiempo, tras larga y dolorosa carrera, me ofreció mis apuntes bajo la forma de una colección de regular volumen.

¿Pero de esta colección se podría sacar un libro? He aquí lo que dudé y lo que ni mi buena voluntad, ni mis maestros han podido hacerme creer aún.

Pensando un día destruir mis numerosos papeles, animándome otro á publicarlos, y cambiando constantemente de opinión, sentí transcurrir bastante tiempo; hasta que un día, cargando con mis vacilaciones, mis congojas y mis rollos de papel, busqué tres ó cuatro de mis más severos maestros, y les dí el mal rato de hacerles escuchar gran parte de mis capítulos.

¡Grande y profunda fué mi sorpresa cuando todos ellos me impelieron á publicar mis notas, y procuraron con afectuosa benevolencia disipar mis escrúpulos y mis temores!

Resolví comenzar á editar mis observaciones, y hoy publico un conjunto de ellas que aspiran á constituir un libro cuyo título bien podría ser: "La Histerectomia."

Este libro no se dirige sino á un pequeño número de personas.

Hay espíritus estudiosos, reflexivos, que la lectura y la meditación elevan invenciblemente hacia las ideas del perfeccionamiento, es decir, hacia el porvenir: todas sus ideas transformadas en entusiasmo, convergen hacia el desplegamiento de sus aptitudes, de sus energías, y tal vez de su genio. Ellos buscan en sí mismos y en la inspiración de los demás; en sus creaciones y en la producción extraña, gradas para subir á la Sabiduría, expresiones é imágenes para la revelación propia de su ciencia,

para transformarse y mostrarse. . . . ¡Ojalá pudiera ofrecerles alguna utilidad á estos infatigables colaboradores del progreso!

Si alguno de esos trabajadores eternos, si algún espíritu de esos que buscan afanosos el estímulo del trabajo por el trabajo, comprende el esfuerzo rudo de mi labor, reconoce la suma de energías que presentan mis áridas narraciones, y diseca de sus vestiduras ficticias la esencia grande y penosa de todos mis escritos, sería bastante para mí. ¡Sería más de lo que me atrevo á esperar!

He consagrado á esta árdua tarea todo mi tiempo y mis fuerzas todas, sin olvidar, al publicar estas notas, que debo seguir el ejemplo de mis maestros.

Mis estadísticas dan fe de la actividad que ha reinado en mi Sala de Operaciones. Multitud de veces he chocado con problemas discutibles de Terapéutica quirúrgica; y como era necesario obrar, hube de tomar partido, esforzándome en suplir lo que en experiencia me faltaba, por una ardiente voluntad de instruirme y de operar bien. No abandonar jamás el terreno de la práctica, asociar á mis ayudantes á la minuciosa investigación de las indicaciones, al análisis de los datos clínicos, á la apreciación justa de los resultados: tal es la regla que me he impuesto.

Me he entregado por completo á mis investigaciones, buscando enseñanza en todo, hasta en mis vacilaciones y mis faltas.

He contraído numerosas deudas de gratitud que nunca podré olvidar.

Doy encarecidamente las gracias á mis colaboradores, á mis practicantes, á mis ayudantes y á todos aquellos que rodeándome con sus simpatías han alentado mi celo.

Una vez más, quiero repetir á mis maestros, los sabios Dres. Francisco de P. Chacón y Joaquin Vértiz, y á mi constante colaborador Dr. Numa Torrea, la estimación y el afecto que les consagro.

Me han sostenido en una labor que ha sido muy á menudo penosa, y en mis ardientes luchas han sido siempre mi sólido apoyo y mi robusto sostén.

Mis amigos siguientes me han prestado mil veces su valioso concurso, ayudándome en mis estudios con sus brillantes talentos y aptitudes: bien saben lo que pienso de ellos: Arcadio T. Ojeda, Carlos Manuel Garcia, Manuel M. Macias (de Veracruz), Germán Diaz Lombardo, Antonio A. Loaeza, Ricardo Tapia Fernández, Francisco Carral, Marcos E. Juárez, Jesus Val-

DEZ SÁNCHEZ, CALIXTO VARGAS, MANUEL ORTIZ, ALFONSO MONTENEGRO, FELIPE RUIZ ESPARZA y REINALDO DEFFIS.

No pasaré en silencio al Sr. D. ALBERTO FERNÁNDEZ, que con notable aptitud ha dibujado la mayor parte de las planchas litográficas que aclaran mis escritos.

En el presente volumen he procurado limitarme á mis propios trabajos, tomando de los autores de ultramar y de allende el Bravo, solamente lo muy indispensable para la fácil inteligencia y demostración de mis escritos é ideas personales. Nuestra Escuela no tiene aún la autonomía suficiente para permitirnos sostener una publicación con trabajos y estudios meramente nacionales; pero debemos confiar en que muy pronto la tendrá.

Que se acepten ó no mis ideas sobre Clínica Ginecológica, ningún Cirujano de buena fe podrá negarme, después de haber leído mis escritos, que si carezco de la instrucción necesaria para tocar los puntos que he tocado, mi libro tiene la suficiente importancia para que me corresponda el derecho de esperar que mi ejemplo cunda entre los operadores mexicanos, y podamos comenzar á erigir nuestra literatura Médico-Quirúrgica, sostenida por autores más ilustrados y más competentes que yo.

RICARDO SUÁREZ GAMBOA

CLINICA QUIRURGICA.

(La Histerectomia.)

Tip. y Foto. «La Europea»

DR. SUAREZ GAMBOA

Fig. 1.—Dr. Rafael Lavista, Sub-Director de la Escuela N. de Medicina de México.

HISTORIA

La histerectomía, operación que tanto preocupa actualmente á los cirujanos más ilustrados, durante algunos siglos fué practicada por manos de empíricos ó de audaces charlatanes.

Llama verdaderamente la atención que, no obstante la frecuencia con que se la ejecutaba, se concediera tan poco aprecio á esta operación que, pasando desapercibida en aquellas épocas remotas, constituye hoy una de las más brillantes conquistas de la Ginecología.

G. Bauhin, traduciendo la obra de Rousset, sobre la operación cesárea, allá por el año 1601, señala en su apéndice diez y nueve operaciones de amputaciones del útero.

Schenk de Grafenberg, en su obra "Historia de los hechos curiosos en la Medicina," reune un número mayor de casos.

V. F. Plempius asegura con insistencia haber visto practicar, y practicado él personalmente, extirpaciones de la matriz, seguidas de preñeces felices. Demasiado fuerte parécenme esta aseveración, que da lugar á que se tomen prolapsus vaginales, pólipos uterinos ó tumores de otro género, por las matrices á que alude Plempius.

No bien se hubo establecido en 1731, bajo los esfuerzos de Laperonie, la Academia Real de Cirugía de París, vióse asediada por un sinnúmero de observaciones referentes á extirpaciones del útero, de las cuales se decía que se habían efectuado con éxito magnífico. Debido á estas observaciones, consideradas en su mayoría como falsas y erróneas, tanto por carecer de historia clínica completa, cuanto por las dificultades de diagnóstico que

en aquella época sufrían las enfermedades uterinas, se cayó en la incredulidad más absoluta, y negó la Academia que fuese posible la amputación del útero.

Es indudable, sin embargo, que esta operación se practicó varias veces en aquel tiempo, y si en muchas ocasiones los operadores tenían conciencia de lo que hacían, en otras, sin tenerla, y por el mismo error que los inducía á considerar el útero como extirpado—cuando amputaban tumores—hacían verdaderas histerectomías que sólo el análisis post-operatorio de la pieza amputada les revelaba.

SLEVOGT, habiendo operado á una mujer por prolapsus de la vagina, encontró en lo que él creía ser la pared vaginal. el útero sano, que había sido cortado juntamente con una parte de las trompas. La enferma curó.

Algunas otras observaciones análogas podría citar; mas para no alargar la serie de tan perniciosos errores, básteme señalar las de CLARKE y CH. JOHNSON, quienes tomaron el útero en prolapsus, por un pólipo, y lo cortaron; la de PALETTA, quien practicó la extirpación del útero tomándolo por un tumor sarcomatoso del cuello de la matriz, y la que M. PETIT refiere, alusiva á un distinguido cirujano francés, que incurrió en la misma falta.

Las afecciones en las cuales se intervenía amputando el útero, eran: el *prolapsus*, la *inversión* y el *cáncer uterinos*.

La tendencia de aquellos cirujanos á extirpar la matriz en prolapsus se justifica, considerando que no desconocían los desprendimientos naturales del útero gangrenado, acompañados de curaciones espontáneas.[1]

La observación siguiente, que se debe á ROUSSET, médico muy honorable y dotado de un espíritu investigador poco común en su época, corrobora estas ideas.

"Petra Boucher, doméstica, de avanzada edad, sufría á consecuencia de varios partos laboriosos, un prolapsus de la matriz que había llegado á ser irreducible. Un día la gangrena atacó al útero, el cual cayó espontáneamente bajo los esfuerzos de una micción enérgica, sin que la Boucher se viese obligada á guardar cama después de este accidente. Esta mujer continuó disfrutando de perfecta salud por espacio de tres años, al cabo de los cuales sucumbió á una fiebre. Habiendo ROUSSET obtenido permiso para practicar la autopsia, no encontró útero en el cadáver."

1 Siendo estudiante aún nuestro maestro el Sr. Dr. FRANCISCO DE P. CHACON, observó un caso de desprendimiento espontáneo del útero en una enferma del servicio del Dr. LUIS MUÑOZ, en el Hospital de San Andrés.

No es menos instructiva la siguiente de PLATER: "Una mujer afectada de un descenso del útero, consultó á una curandera, quien le aconsejó se introdujese en la vagina, después de haber reducido el prolapsus, ceniza tan caliente como pudiese soportarla, haciéndose en seguida lavatorios con agua muy fría. Este consejo fué acatado. A la infeliz mujer le resultó una inflamación muy intensa que no le impidió repetir tan cruel operación. Esta vez los dolores se hicieron intolerables; el útero ennegrecido, despedía un olor repugnante, y por fin quedó en las manos de un cirujano que pretendía bajarlo. No obstante que se declaró una supuración abundante y larga, esta mujer curó por completo, viviendo aún muchos años. La menstruación continuó haciéndose en ella con regularidad, por el ano."

El procedimiento usado más comunmente para esta clase de operaciones, consistía en ligar el órgano caído y cortar abajo de la ligadura. La herida consecutiva, ó bien era cauterizada con el hierro rojo, ó bien tratada con lociones astringentes.

Aplicaban la ligadura arriba del fondo del útero. Bien puede suponerse lo que sucedería en tales casos, meditando en que al caer la matriz, en casos de prolapsus completo, arrastra consigo porciones de la vejiga y del recto.

Cuéntase que VAN HEER, médico sensato, presenció un día la tarea de cierto curandero charlatán, quien pretendía hacer la extirpación de un prolapsus uterino completo, poniendo una ligadura inmediatamente abajo de la vulva y preparándose á cortar. Indignado VAN HEER por semejante atrocidad, intentó oponerse á su ejecución y fué despedido por la misma enferma, sugestionada por las protestas y serenidad del audaz charlatán. No había salido aún de la casa cuando comenzó á escuchar los gritos y lamentos de la infortunada víctima, que le obligaron á regresar, conmovido ante semejante suplicio.

Junto con la matriz habíale sido arrancada á la infeliz mujer una larga porción del intestino grueso. Ese mismo día murió la operada.

Por fortuna no todos los casos eran análogos á éste. Es muy probable que un gran número de estas amputaciones se hayan hecho únicamente sobre el cuello uterino, muy hipertrofiado en la mayor parte de estos prolapsus.

Mucho se ha discutido la prioridad de la histerectomía para los tumores malignos uterinos.

OSIANDER y URISBERG merecen el honor de considerarse como los primeros médicos que formalizaron la amputación de la matriz

y que expidieron las primeras reglas para su técnica operatoria.

La primera operación detallada de éstas, que he logrado encontrar, fué practicada por el Dr. SAUTER. Su ejemplo fué seguido dos veces por el profesor ELIE de SIEBOLD, una vez por el Dr. HALSCHER, y dos veces por el profesor LANGENBECK.

He aquí algunos de estos casos notables.

OPERACIÓN DEL DOCTOR SAUTER.—"La enferma, sobre la cual este médico intentó por primera vez la extirpación total del útero, tenía cincuenta años de edad y padecía un verdadero carcinoma que comprendía toda la matriz. El operador trató de abatir el órgano por medio de sus dedos doblados en forma de gancho, mas como no realizara su intento, introdujo sus dedos índice y medio de la mano izquierda, debajo del púbis, hasta el lugar en que la vagina envuelve el útero; en seguida dirigiendo el bisturí entre sus dedos, cortó lentamente la vagina sobre el útero. Trató entonces de cortar las conexiones laterales, tan alto como le fuese posible. Al efecto abatió la matriz con una pinza, pero ésta se escapó. La pared posterior de la vejiga había sido herida. Habiéndose perdido media hora en estas tentativas, el operador resolvió no disecar el peritoneo al rededor de la matriz, como había pensado al principio, sino resecar ésta en su posición natural. Volvió á introducir los dedos de la mano izquierda, en la vagina, y obtenida su abertura y cogido el tejido celular por partes, fué dividido contra el órgano y abierta por completo la cavidad abdominal. Separadas las conexiones laterales de la matriz, fué tomada ésta con cuatro dedos para operar la inversión; pero al tratar de hacer esta operación, escaparon los intestinos, haciendo irrupción en la vagina. Una vez que fueron reducidos los intestinos, se operó la inversión, y el útero fué atraído hacia los labios de la vulva. Habiendo seguido los intestinos á la matriz, fué necesario que los retuviese un ayudante, hasta lograr la completa separación de las conexiones posteriores del útero. Hecho esto, se les hizo entrar á la cavidad abdominal y se aplicó un aparato conveniente. Al cabo de dos meses podía considerarse la herida como curada, no quedaba mas que una fístula urinaria, consecutiva á la lesión de la vejiga. M. SAUTER creía que la enferma se había salvado, cuando ésta, después de haber luchado con diversos accidentes, como náuseas, vómitos, diarreas, dolores en el bajo vientre, etc., sucumbió á los cuatro meses de hecha la operación, á una parálisis del pulmón, causada tal vez por la caquexia que había determinado la afección cancerosa, ya muy avanzada.

CLINICA QUIRURGICA.

(La Histerectomia.)

Tip. y Foto. «La Europea» DR. SUAREZ GAMBOA

Fig. 2.—Dr. Nicolás San Juan, Profesor de la Escuela N. de Medicina de México.

Al abrir el cadáver se encontraron los pulmones hinchados, pálidos hacia sus bordes, con tinte blanquizco y manchas de color moreno subido. Todos los vasos aéreos estaban llenos de espuma gris blanquizca; la substancia pulmonar estaba sana. En la cavidad abdominal no había de irregular, mas que una pequeña adherencia del íleon con el peritoneo hacia el medio de la pelvis; y otra posterior á ésta, de la extensión de un escudo, hacia el recto."

Poco tiempo después de esta operación, practicó el ELIE DE SIEBOLD otra semejante, sucumbiendo su enferma á una peritonitis que le sobrevino sesenta y cinco horas después de operada.

No fué más feliz el Dr. HALSCHER en la suya: extirpó un útero carcinomatoso por el método de SAUTER, y perdió á su operada veinticuatro horas después, sin haber logrado contener la hemorragia.

Hacia esta época, el ilustre profesor de Goetingue, el Dr. LANGENBECK, practicó su primera operación por el método nuevo de GUTBERLET. Este cirujano comenzó su operación abriendo el abdómen sobre la línea media, desde la sínfisis del púbis hasta un poco abajo de la cicatriz umbilical. Con la mano izquierda introducida en la vagina, levantó la matriz, mientras con la derecha, armada de tijeras curvas, seccionó todas las conexiones del útero. Un ayudante cuidó de la vejiga y de las asas intestinales.

Una vez extraído el órgano, cerró el vientre con vendoletes aglutinativos, colocando una esponja en la vagina, para evitar la salida de los intestinos.

La enferma sucumbió treinta y dos horas después de la operación, con signos de hemorragia interna.

Poco tiempo después hizo otra extirpación de la matriz en condiciones análogas á las de la observación anterior, perdiendo también á su operada. [1]

Se ven ya constituídos los dos métodos principales: el abdominal fundado por GUTBERLET y LANGENBECK, y el vaginal por SAUTER y DE SIEBOLD.

Desde 1828 hasta 1851, se registran veinticinco ó treinta observaciones con mortalidad espantosa. Entre todos los casos de LIZARS, de DIEFFENBACH, de GRANVILLE, RECAMIER, DELPECH y otros muchos, con trabajo se encuentra algún resultado favorable.

Como sucede siempre en esas circunstancias, la operación cayó en el mayor descrédito, y hasta llegó á formarse una escuela que

1 Véase *Le Journal des Sciences Médicales*, Año 1827, páginas 90, 92, 95.

declaró temeridad ó ligereza quirúrgicas, la práctica de tan desastrosa intervención.

Afortunadamente G. KEIMBALL en 1855, y KOEBERLÉ en 1863, hicieron entrar la técnica de esta operación en una nueva vía de progreso que formalizó PEAN en 1869.

La modificación oportunísima de KOEBERLÉ funda una doctrina nueva, y llama vigorosamente la atención sobre la importancia del tratamiento del pedículo, instituyendo la ligadura metálica en vez de los hilos antiguos, y permitiendo así á su discípulo CATERNALT publicar una estadística con éxito brillante.

Los notables trabajos de PEAN se destacan con asombrosa fortuna. Este cirujano ilustre obtenía éxito tras éxito, y conquistaba rápidamente todos los adelantos que en esta materia habían de conocerse más tarde. Pronto comenzó á publicar sus trabajos, y sustituyendo los métodos antiguos con el suyo de forcipresión constante, inició la destrucción *insitu* de los neoplasmas voluminosos, para facilitar su extracción; y asentando reglas claras y precisas para tratar el pedículo, exteriormente sostenido por largas agujas de acero, imprimió con su tenaz labor la huella luminosa de su personalidad en el porvenir de tan importante operación.

PEAN y KOEBERLÉ son los polos en que gira la histerectomía actual.

En este período es cuando las doctrinas de PASTEUR y los trabajos de GUERIN y de LISTER se manifiestan con sus nuevas enseñanzas; y la histerectomía, como todos los procedimientos quirúrgicos, mejora extraordinariamente en sus resultados.

La antisepsia quirúrgica, escalón primero de la asepsia, fué la resurrección de mil métodos adormecidos; y las intervenciones uterinas fueron tal vez aquellas donde el nuevo sistema causó mayores ventajas.

Establecidas sólidamente las bases del método antiséptico, y conocidos bien los resultados de la medicación microbicida, las estadísticas operatorias aumentaron á medida que la mortalidad menguaba. La histerectomía comenzó á vulgarizarse.

El 8 de Julio de 1876, B. G. KLEBERG, de Odessa, practicó por primera vez una histerectomía, aplicando al pedículo una ligadura elástica; en el Congreso de Naturalistas Alemanes de Cassel en 1878, MARTIN declaró erigida en método la ligadura elástica, como medio de hemostásis provisional ó definitiva.

En 1881 SCHRÖDER, durante las sesiones del Congreso de Salzbourg, describió sus métodos y su técnica operatoria definiti-

va; mientras que SPENCER WELLS, en el Congreso de la Asociación Británica de Cambridge, expuso su tratamiento de ligadura definitiva del pedículo.

Las escuelas se dividieron: HEGAR patrocinó el tratamiento sistemático extra-peritoneal del pedículo, y SCHRÖDER apoyó el intra-peritoneal.

En este último se distingue OLSHAUSEN, atrevidísimo ginecólogo alemán, quien recomienda el abandono en el vientre, de la ligadura elástica, la cual practicó por primera vez en 1884, siendo secundado por MARTINETTI en Italia en 1889, y por RICHELOT en Francia en 1890. SCHWARZ modificó el método de OLSHAUSEN en 1891, cubriendo la ligadura perdida con una sutura peritoneal; y en 1892, ALBERT talló dos colgajos peritoneales en el pedículo, uno anterior y otro posterior, los cuales suturó cuidadosamente á modo de cubrir con exactitud la ligadura. La aplicación de ésta se facilita singularmente por aparatos ingeniosos, llamados *ligadores*. COLLIN, POZZI, TERILLON, SEGOND, etc., idearon ó modificaron otros tantos que llevan sus nombres.

ZWEILL, en 1894, describió un método que llamó *ligaduras parciales sobrepuestas;* y en 1895, durante la sesión del día 3 de Julio, el Dr. DELAGENIÉRE presentó diez casos de histerectomías totales con diez curaciones.

Después fueron multiplicándose los casos, la técnica operatoria se modificó, y comenzó á marcarse una corriente de ideas y tendencias hacia el método intra-peritoneal total, que es quizás el del porvenir.

Los nombres de LAWSON TAIT, CHROBAK, HEGAR, SCHRÖDER, TAUFFER, FRITSCH, TERILLON, TERRIER, RICHELOT, DOYEN, LEBEC, JORMESCO, MONTPROFIT, POZZI y otros, deben anotarse como los creadores de la historia de la histerectomía en Europa.

* *

La historia de la histerectomía en México se caracteriza por los obscuros períodos que recorre y por la escasez de datos para constituirse.

Lamentable costumbre es entre nosotros la que nos induce á encerrarnos, durante nuestro ejercicio profesional, en el aislamiento más absoluto, y la que nos aleja casi con horror de la intención de escribir y publicar nuestras impresiones profesionales ó nuestras adquisiciones de experiencia.

La prensa médica comienza á iniciarse en el país hasta la épo-

ca actual, debido al enérgico esfuerzo de un pequeño grupo de médicos progresistas. Pero todos los tiempos pasados han quedado en el olvido, y excepcionalmente conocemos algún episodio antiguo, por la tradición particular.

Los trabajos de nuestras eminencias médicas, había que buscarlos en los Boletines ó Revistas extranjeras.

Este modo de ser, peculiar á nuestra organización médica, hace que la información histórica sea laboriosísima, si no infructuosa.

Mis esfuerzos de investigación se pierden en el misterioso caos de nuestras tradiciones: con dificultad he logrado obtener datos sobre nuestras primeras histerectomías, y mi narración histórica de la histerectomía en México, se limitará más á la época actual que á la época pasada.

Si prescindo de mencionar algún autor; si omito engalanar esta modesta monografía con el nombre de algún cirujano creador de nuestras histerectomías, discúlpeseme en atención á la carencia de fuentes de información.

En la historia mexicana de la histerectomía, como en la historia de todo lo que implique un progreso médico ó un adelanto de nuestra ciencia quirúrgica, se destacan vigorosamente los nombres de los Sres. RAFAEL LAVISTA, NICOLÁS SAN JUAN y FRANCISCO DE P. CHACÓN.

El primero introduce entre nosotros, el día 22 de Marzo de 1878, la histerectomía abdominal; el segundo realiza por primera vez, el 13 de Febrero de 1878, la histerectomía vaginal; y el tercero perfecciona de tal modo los procedimientos y los eleva á un grado tal de sencillez, que constituye hoy entre sus manos la histerectomía, una operación de suma benignidad.

Las grandes operaciones abdominales fueron iniciadas en México durante el año de 1865, por el eminente cirujano Sr. JULIO CLEMENT, que realizó *la primera ovariotomía*.

Su ejemplo fué seguido poco tiempo después por los Sres. JUAN F. FENELÓN, 1865, y RAFAEL LAVISTA, 1869. Este notable cirujano verificó durante ese año, dos ovariotomías, una en Puebla y otra en la ciudad de México.

Pero el primer caso de histerectomía, débese incuestionablemente al Sr. LAVISTA. He aquí la narración de esa histerectomía, hecha por su mismo autor, cuyo conocimiento debo á la bondad de mi buen maestro Dr. JOAQUÍN VÉRTIZ:

"Aceptada la operación por la enferma y su familia, era necesario disponerla. En general es de buena regla, para el buen éxi-

CLINICA QUIRURGICA.

(La Histerectomia.)

Tip. y Foto. «La Europea» DR. SUAREZ GAMBOA

Fig. 3.—Dr. Francisco de P. Chacón, Profesor de la Escuela N. de Medicina de México.

to de las operaciones, concertar con los ayudantes el programa respectivo; mas tratándose de la terrible operación que íbamos á practicar, el precepto era ineludible. La simple lectura de los trabajos de PEAN, hace ver cómo este distinguido cirujano opera siempre con un personal educado que secunde sus miras con rapidez y exactitud. ¡Tal vez sea ésta la razón de sus fabulosos éxitos! Era, en suma, necesario el concierto uniforme del personal que debía ayudarme, y para obtenerlo, reuní á algunos de mis estimables colegas, y estudié con ellos el procedimiento del ginecólogo mencionado, con las modificaciones que le ha hecho sufrir en estos últimos años. A este estudio teórico, que tenía por objeto adiestrarnos en nuestros respectivos papeles, añadimos el práctico en los cadáveres que tuvimos á nuestra disposición, y en ellos hicimos el facsímile de la operación, procurando, sobre todo, fijarnos en las relaciones que afectan entre sí los órganos pelvianos.

"Profundamente preocupados con las dificultades que podían surgir, buscamos el modo de conjurarlas, y al efecto mandamos construir las agujas y cierra-nudos de Cintrat, que son tan recomendados por el Dr. PEAN: nos proveímos de hilos de hierro y plata de diversos gruesos: acumulamos con profusión todos los instrumentos propios para la ovariotomía: dispusimos cauterios Paquellin y comunes, y para que nada hiciera falta, arreglamos un pulverizador de Lister, que nos pusiera en condiciones atmosféricas adecuadas; en suma, nada absolutamente hacía falta para realizar nuestra operación, tan satisfactoriamente como fuera posible.

"A la vez que el arsenal, casi lujoso, estaba preparado, se hacían preparativos semejantes en la casa de la enferma: se mandó construir mesa adecuada, se dispusieron esponjas y toallas limpias y finas, en número suficiente, y se arregló el vestido que debía servir á la enferma, durante la operación, para evitar su enfriamiento. Por último, ligaduras, algodón, todo absolutamente lo que podía ofrecerse.

"Perdonadme, señores, los detalles con que tal vez os canso; pero reflexionad que es preciso hacerlos constar, para que al juzgar el resultado de nuestra empresa, tengais los buenos elementos de nuestro juicio, y no os quede la sospecha, bien fundada en algunos casos, de omisiones capaces de hacer fracasar la más inocente de nuestras operaciones."

"No faltaba para proceder sino dar á la enferma los cuidados

preparatorios, que, como sabeis, se reducen[1] á ministrarle purgantes ó lavativas aceitosas, para disminuir el meteorismo y favorecer la retracción intestinal, que es tan favorable cuando el vientre se ha abierto. Hecho esto, señalamos las once de la mañana del 22 del presente, y á esa hora nos reunimos con el distinguido personal que voy á mencionaros. Los Doctores Ortega D. Francisco, Liceaga, Andrade, Martínez del Río, Bandera, San Juan, Martínez del Villar, Domínguez, Egea, Mejía, Chávez y varios jóvenes estudiantes muy adelantados: Sres. Gama, Otero, Reyes, Castillo, López, Tello y Sánchez. Séame permitido hacer á estos estimables é ilustrados colegas un homenaje público y sincero de gratitud, por el brillante é inteligente comportamiento que desplegaron cada uno en su respectivo papel, pues á porfía, y con sagacidad y destreza secundaron mis esfuerzos para terminar la árdua empresa que acometíamos.

"Antes de proceder hicimos la distribución de los encargos respectivos, quedando en el orden siguiente:

"El Sr. Liceaga cuidaría de impedir la hernia intestinal, y como pudiera este importante trabajo fatigarlo, debía ser auxiliado por el Sr. San Juan. Los Sres. Andrade y Martínez del Río, colocados al lado de la enferma, se encargarían de mantener separados los bordes de la herida, conteniendo la sangre que de ella escurriera, ya sirviéndose de pinzas Pean ó Verneuil, ya ligando como pudiera suceder, si al dividir el peritoneo se encontrara algún vaso grueso de los que se hallan en el tejido celular, flojo, de su hoja parietal. Los Sres. Ortega y Martínez del Villar, debían esponjear continuamente la herida, y en su oportunidad, auxiliarme en el fraccionamiento del tumor, por el procedimiento de Maissonneuve (*morcellement*). El Sr. Egea, quedaba exclusivamente encargado de cambiar las esponjas y lienzos sucios por limpios, auxiliado en esta ocupación por los Sres. Sánchez y Castillo; pues es preciso recordar que estos útiles debían estar calientes á la temperatura del cuerpo. El Sr. Bandera, empleado en mantener la anestesia, no debía ocuparse de ninguna otra cosa.[2] De justicia me parece tributarle un merecido elogio, pues durante las seis horas que la cloroformización duró, supo conducirla con tal tino, que ni por un momento tuvimos que interrumpir

1 La administración de la estricnina para evitar la distensión intestinal post-operatoria, data de muy pocos años.—(*Suárez Gamboa*).

2 Si en la actualidad nos parecería excesivo el número de ayudantes que eligió el Sr. Lavista, basta considerar que su operación la realizaba durante el año de 1877, para comprender sus ideas á este respecto.—(*Suárez Gamboa*).

la operación, por alguno de los accidentes que aquella ocasiona. El Sr. MEJÍA, debía mantener los cauterios en estado de servirse de ellos á la menor indicación; y el Sr. CHÁVEZ estaba encargado de cuidar que el aparato Lister funcionara constantemente. Las piernas de la enferma fueron encargadas á los Sres. GAMA y OTERO. Mi buen amigo DOMÍNGUEZ estaba listo en la colección de ligaduras metálicas y de seda, para que cuando debieran emplearse no hubiera vacilación ni pérdida de tiempo. Por último, se encargó al Sr. REYES el cuidado de ministrar instrumentos que fueron previamente ordenados, según las necesidades de la operación. El que esto os refiere, se colocaría convenientemente para operar con comodidad.

"Ibamos ya á proceder á la operación, previa anestesia, cuando me pareció conveniente consultar á mis ilustrados compañeros, si deberíamos ajustarnos al consejo de PEAN, relativo á la extensión que debiera darse á la incisión abdominal. Como sabeis, el cirujano francés insiste mucho en el peligro de las grandes incisiones y previene que siempre que sea posible, se limiten éstas al ombligo. Le parece temerario extenderlas á cuatro centímetros encima de este punto, y juzga que las maniobras del segundo tiempo, bien practicadas, son suficientes para vencer las dificultades que pudiera oponer un gran tumor para salir por una abertura relativamente pequeña: esta es su última manera de ver las cosas. Pues bien, como en nuestro caso difícilmente hubiéramos desalojado el neoplasma, conformándonos con este precepto, y como de conformarnos pudieran resultar complicaciones graves, quise presentar á la ilustración de mis compañeras mi modo de ver las cosas.

"Exagerado me parecía el precepto que me propuse infringir, pues que si para extraer el tumor hubiera que contusionar los bordes peritoneales, á la vez que prolongar la maniobra, los accidentes que naturalmente debían sobrevenir, excedían sin duda á los que pudiera ocasionar la herida algo más extensa. Pero lo que es capital á mi modo de ver, es que, bien proporcionada la extensión de la herida á las dimensiones del neoplasma,[1] pudiera evitarse el segundo tiempo de la operación, y esto solo autorizaba, en mi concepto, la infracción que mencionamos. Después veremos como tuvimos razón para proceder así. En apoyo de mis ideas vinieron los Sres. ORTEGA y LICEAGA, aceptándolas unán-

1 El claro juicio del Sr. Lavista, le hacía prever desde entonces los preceptos modernos, relativos á las dimensiones de la herida abdominal en la cœliotomía.—(*Suárez Gamboa*).

nimemente los otros compañeros. Se nos avisó que la hora había llegado, y en el instante cada uno tomó su puesto. Eran las doce en punto cuando se comenzó lo que el Dr. PEAN llama el primer tiempo de la operación.

"Previa evacuación de la orina, hicimos la primera incisión extendida de casi tres centímetros encima del ombligo, costeando su parte izquierda hasta abajo de él;[1] y siguiendo la línea media descendimos hasta un centímetro del púbis; dividimos cuidadosamente todas las partes blandas que forman la pared, con exclusión del peritoneo, que no debía interesarse sino cuando hubiera cesado hasta la última gota de sangre de la herida: obsequiada con escrupulosidad esta regla, procedimos á la sección peritoneal, haciendo una pequeña incisión en la parte inferior de la herida, capaz de permitirnos la introducción de nuestro índice para cortar sobre él de fuera hacia dentro, pues el temor de cortar un vasito que diese sangre que pudiera escurrir al peritoneo, nos obligaba á esta exageración de precauciones.

"Felizmente pudimos concluir este primer tiempo sin dificultad, obsequiando lo prevenido.

"Descubierto el tumor, notamos que la incisión que habíamos practicado era aún relativamente pequeña, no obstante medir 0.22 centímetros de longitud. La cara anterior, de aspecto rojizo bastante vascular, era bien lisa, y quedaba en el plano profundo de la herida, sin tendencia alguna á herniarse.

"Segundo tiempo. Pasamos en dos puntos equidistantes del borde del tumor, y tan arriba como fué posible, dos asas de hilo de hierro, que nos iban á permitir juzgar de las dificultades que nos opondría el tumor para su salida. Estas debían referirse, ó bien á su tamaño, ó bien á la existencia de adherencias.

"En el momento en que la aguja de *Cintrat* atravesó la parte correspondiente del tumor, éste dió sangre, que mis ayudantes cuidaron de contener, evitando su entrada al peritoneo.

"Tomado el tumor con las asas metálicas, y hecha la prudente tentativa de desalojamiento de la cavidad abdominal, encontramos que su extracción no era posible, y que debíamos proceder al *morcellement*. Ante todo, y con la mayor precaución, habíamos explorado la superficie posterior en lo que nos era permitido, asegurándonos por esta exploración de la falta de adherencias.[2]

1 Yo siempre he creído más cómodo y más útil hacer la resección completa del ombligo, pues sus pliegues, poco aptos á sufrir la antisepsia, son un gran peligro de contaminación peritoneal.—(*Suárez Gamboa*).

2 Actualmente la extracción de los tumores fuera de la cavidad, se facilita extraor-

CLINICA QUIRURGICA.

(La Histerectomia.)

Tip. y Foto «La Europea» Dr. Suarez Gamboa

Fig. 4.—Dr. Francisco Hurtado, Profesor de la Escuela N. de Medicina de México.

"La dificultad que íbamos á vencer se refería sólo al volumen, y era necesario disminuir éste para triunfar de ella.

"En aquel momento alguno de mis ayudantes creyó sentir fluctuación en el tumor; y como de esta sensación participaran algunos otros compañeros, y por último, como en el caso de ser cierta la colección, íbamos desde luego á disminuir el neoplasma evacuando su contenido, no tuve inconveniente, por una punción con un trócar DIEULAFOY, y el correspondiente aspirador, en cerciorarme del hecho; verificado esto, vimos con pena que sólo quedaba el fraccionamiento intra-abdominal del tumor, como recurso único para su extracción.

"Resuelto este punto, procedimos, conformándonos en todo con los preceptos de PEAN, y allí mismo encontramos la explicación de las modificaciones que este ilustre cirujano ha hecho de su procedimiento primitivo.

"Para que se entienda en qué consisten éstas, y se aprecien las dificultades que presentan, daremos una idea de los preceptos de PEAN.

"Dice el mencionado práctico, que una vez que se ha fijado el tumor en las asas metálicas, que al nuestro habíamos pasado, se le debe atravesar de adelante hacia atrás con la aguja de CINTRAT, armada de su correspondiente asa de hilo de hierro, y hecho esto en dos puntos convenientemente elegidos y cortadas las asas, se aplicarán los extremos de los cuatro hilos metálicos á aprieta-nudos correspondientes, prefiriendo servirse de los que inventó CINTRAT; después se aprietan á satisfacción y se corta impunemente toda la porción del tumor situada arriba de las ligaduras.

"Esto se lee en su Memoria de 73. En su clínica, y como modificación que aparentemente simplifica el procedimiento, se dice, que después de levantado el tumor con las asas que lo sostienen, se pasan las hebras constrictoras tan abajo como sea posible, más ó menos oblicuamente al eje del tumor, pues el objeto es quitar lo que se pueda, sin precipitación; esta maniobra se hace repetir hasta obtener la reducción conveniente para la fácil salida del tumor.

"A primera vista se nota la dificultad que envuelve la práctica del segundo tiempo de la operación, si se observan los consejos que se encuentran en la Memoria del Sr. PEAN, y se nota que ha de haberle acontecido á su autor no poderlos realizar, cuando

dinariamente, y más aún cuando como en este caso, no existen adherencias, con la maniobra del maestro CHACÓN, ó con las erignas de TAIT, de DOYEN ó con la mía.—*Suárez Gamboa.*

desiste de ellos, y nos previene hacer lo que se pueda. Reflexionando un poco, se advierte luego, que casi nunca tendrá aplicación la regla primitiva, pues que esta maniobra es ciega, difícil y peligrosa. Para hacerla práctica, casi es preciso poder dirigir la punta de la aguja, y esto necesita la introducción de las manos en una cavidad completamente llena por el tumor; y por último, si sucede lo que en nuestro caso, que las picaduras de entrada y salida de la aguja sangran abundantemente, sería imposible evitar que de la picadura posterior se escurra la sangre á la cavidad peritoneal.[1] Pero hay más todavía: no se comprende cómo con cuatro hilos, dispuestos como queda indicado, se puedan hacer tres ligaduras y, en consecuencia, tampoco se pueda tener seguridad de estrangular la porción intermedia del tumor, exponiéndose el cirujano á provocar hemorragias en el momento del corte.

"Es casi seguro que estos tropiezos dieron origen á la modificación, que fué inventada, probablemente, para vencer estas dificultades, y ella no lo consigue satisfactoriamente. En nuestro caso pudimos apreciarlo. Una vez que, con algún trabajo, hubimos pasado dos hebras metálicas, atamos las correspondientes entre sí; los bordes del neoplasma quedaron bien estrangulados, pero en los intermedios, era verdaderamente imposible asegurar la estrangulación de la parte correspondiente. En este tiempo de la operación tuvimos alguna contrariedad, que es necesario señalar: los hilos metálicos de hierro no soportaban la tirantez, y se rompían, y la aguja de CINTRAT no respondió á nuestras esperanzas, pues, en un esfuerzo, saltó su ojo, siendo necesario apelar á las agujas casi rectas y largas, que se usan para pediculizar los quistes ováricos, y á hilos de cobre, gruesos; sin esto, difícilmente se hubiera podido estrangular la gran porción del tumor que extirpamos.

"Pues bien, no queriendo perder el beneficio obtenido de la estrangulación parcial de los bordes del tumor, quisimos, después de apretar bien los cierra-nudos, reducir el tumor cortando las partes estranguladas, y pronto nos persuadimos de la lentitud con que se obtendría el resultado ambicionado, pues relativamente son insignificantes las porciones del tumor que pueden quitarse por este procedimiento. Este beneficio se compra á un precio enorme, pues prolonga el traumatismo de un modo alarmante. Por nuestra fortuna, la maniobra, inútil para su objeto princi-

1 Durante la época en que el maestro Lavista escribía esto, los cirujanos tenían invencible horror al escurrimiento de sangre en la cavidad peritoneal. Hoy sabemos á qué atenernos respecto á esto.—*Suárez Gamboa.*

pal, nos permitió fijar el tumor de un modo seguro, y ejercer tracciones suaves y prudentes, que con algún movimiento de báscula, de derecha á izquierda, que se imprimió al tumor, le hizo salir de la cavidad abdominal, tan gradual y lentamente, que no sólo no se produjeron desgarros graves, sino que les fué posible á los encargados de evitar la hernia intestinal, cumplir satisfactoriamente su encargo.

"En resumen, este tiempo de la operación no se puede realizar fácilmente, ni aun con la modificación que el autor ha indicado; siendo, en consecuencia, más natural dar á la incisión un tamaño proporcionado al del tumor, si no se quiere prolongar la maniobra, con grande peligro para los enfermos.

"Si el *morcellement* intra-abdominal es fatigoso, difícil, y alguna vez casi imposible, no es así el que se puede practicar cuando el tumor se ha desalojado, y se tiene, por decirlo así, en la mano. Entonces es, á la vez que fácil, relativamente necesario para pediculizar el neoplasma y completar su extirpación. En efecto, nosotros pudimos hacerlo, una vez extraído el tumor, y para ello nos servimos del gran trocar de CHASAIGNAC, pues ya nos inspiraba desconfianza la sola aguja CINTRAT de que podíamos disponer. El empleo de este instrumento es molesto é inseguro, porque su gran curvatura y longitud, no permiten la precisión que es de desearse en estos casos; sin embargo, nos prestó un servicio inestimable, pues pudimos atravesar el tumor de adelante hacia atrás, y ligeramente arriba, cuidando con esmero la vejiga, en la que no faltaba la sonda; mientras se hacía esta maniobra, los intestinos estaban convenientemente protegidos. Cuando por la cánula del trocar pudimos pasar los alambres de cobre, retiramos la cánula, y hechas dos asas, que se sujetaron á sus correspondientes cierra-nudos, apretamos el tumor lo suficiente para extirpar, sin pérdida de sangre, los cuatro quintos del neoplasma, quedando aún una porción única, cuya base casi ocupaba la excavación pelviana. Aquí debemos hacer justicia á una buena invención del Dr. PEAN: ha imaginado felizmente el empleo de toallas finísimas que impiden el escurrimiento de sangre en la cavidad del vientre, y favorecen la separación de los bordes de la herida, sin dejar salir el intestino y el gran epiplón. Su utilidad es tan notoria, que no nos parece pueda prescindirse de su empleo. En el tercer tiempo de la operación, debíamos extirpar el resto del tumor y pediculizarlo, si fuese posible.

"Debemos recordar que, en nuestra enferma, el tumor ocupaba la cavidad del cuello, y sus límites inferiores eran los bordes co-

rrespondientes de sus labios. No podíamos, en consecuencia, pensar en la amputación supra-vaginal del útero, y debimos conformarnos con lo aconsejado en estos casos, es decir, debíamos renunciar á practicar pedículo, como está mandado; comprender entre dos ligaduras la porción del cuello uterino con el neoplasma correspondiente, abandonándolo en el fondo de la herida, sujeto por los cierra-nudos, con los hilos constrictores convenientemente preparados.

"Las ligaduras debimos ponerlas, la una en el límite superior de la vagina, y la otra al nivel ó límite mínimo del fondo del saco útero-vesical. Al atravesar el resto del tumor en su límite marcado, me vino la idea de estrangularle en masa, y esto, por temor de no haber despegado lo bastante el fondo vesical de la parte correspondiente del útero, y exponerme á maltratar la vejiga. Aceptada la idea, la realizamos; pero inadvertidamente descuidamos ligar previamente las arterias útero-ovarianas que teníamos á la vista, sucediendo, lo que era natural, que siendo mucho menos resistentes los ligamentos anchos en su inserción pelviana, que el tumor que estrangulábamos, aquellos cedieran primero, quedando abiertas las mencionadas arterias, que dieron sangre en cantidad poco considerable, aunque siempre bastante para ensuciar el peritoneo. Por fortuna tenía en aquel momento á mi lado al Sr. San Juan, quien, con habilidad y sangre fría, se apoderó de los vasos, que con el auxilio del Dr. Andrade, fueron ligados inmediatamente.

"Entretanto, había quedado separada la última porción del tumor, y hecho un pedículo que no esperábamos; de modo que, en este caso nos felicitamos del accidente, relativamente insignificante, á trueque de sacar de la cavidad pelviana todo el tumor. Basta reflexionar que este debe descomponerse y podrirse en la cavidad, para comprender los inconvenientes á que dará necesariamente lugar, mientras que la hemorragia, bien insignificante, puede evitarse con la doble ligadura previa de las arterias y su sección intermedia; cuando ella no pudiere prevenirse, lo único temible sería abandonar ligaduras finísimas en la cavidad pelviana, que nunca producirían accidentes comparables á los que se deben ocasionar siguiendo el otro procedimiento.

"Una vez que, en el fondo de la herida quedaba la porción del cuello con su parte de tumor y la vagina alargada, todo bien comprendido en las asas metálicas con sus cierra-nudos bien apropiados, se procuró levantarla con las agujas de Pean, que habían sido colocadas previamente, siguiendo sus consejos, encima y de-

CLINICA QUIRURGICA.

(La Histerectomia.)

Tip. y Foto. «La Europea»

DR. SUAREZ GAMBOA

Fig. 5.—Dr. Pagenstecher.

bajo de las en que se habían colocado las ligaduras para hacer pedículo. En toda esta maniobra fué siempre respetada la vejiga y el intestino, de tal modo, que este último se encontró perfectamente sano cuando se quitaron las toallas para hacer, lo que llama PEAN, la *toilette* del peritoneo.

"De esta importante tarea se encargó el Sr. LICEAGA, con sus ayudantes respectivos, logrando hacerla con una perfección admirable. En vista de la posibilidad de semejante resultado, ocurre preguntar, si no es exagerado el consejo del Dr. PEAN, de impedir absolutamente la abertura del peritoneo antes de contener la última gota de sangre, pues que si es verdad que de un modo general convenga obsequiarlo, nunca, en mi concepto, es racional prolongar el traumatismo, gastando el tiempo en detalles que pueden evitarse: ya lo hemos dicho, puede el peritoneo limpiarse á satisfacción, y á la vez abreviarse una operación que se hace tanto más funesta, cuanto más se prolonga. Terminada la limpieza, se procedió á la sutura profunda, comprendiendo en ella el peritoneo y empleando hilos de plata, y después, en la superficial, alfileres adecuados.

"Para facilitarla nos servimos de la aguja de MATHIEU, y como por precaución, cuidamos de dejar fuera del vientre toda la porción de epiplón que me pareció ligeramente maltratado. Para no omitir detalles, cuidamos al hacer la sutura, de practicarla con la aplicación de la toalla protectora, que tanto recomienda el Dr. PEAN.

"Terminada esta última labor, hicimos cesar la anestesia. Empacamos cuidadosamente la herida, no sin dejar libres los cierranudos y agujas que sujetaban el pedículo. Cuidamos de mandar calentar la cama de la enferma, y la condujimos á ella con la mayor precaución.

"Esta pobre señora nos indicó al despertar, que tenía un hueco en el estómago y que sentía frío: dispusimos se le diera un té de naranjo, caliente, y un poco de vino Jerez. Seis horas y media habíamos empleado para realizar nuestra empresa, y en todas ellas, todos y cada uno de los operadores habíamos trabajado sin vacilación ni tregua: las fuerzas nos faltaban casi; júzguese cuál sería el estado de la enferma.

"Prescripción en esa noche:

"Poción aromática y opiada por cucharada cada hora: trozos de hielo y cucharaditas de leche de tiempo en tiempo; abrigo y reposo absoluto.

"A las diez de la misma noche volví al lado de mi enferma, en-

contrándola en estado casi satisfactorio. Se quejaba de mucho cansancio, la posición supina le era molesta, no podía dormir y pedía de beber.

"A la mañana del 23 me dijo que la noche había sido muy mala, sin sueño verdadero. La enferma seguía quejándose de cansancio y malestar; su cara muy pálida, su cerebro tan cansado, que dándome cuenta de su estado, se dormía. Su pulso á 124; temperatura á 38, y su respiración tan fuerte y tan estertorosa, que inspiraba miedo. Ningún meteorismo, poca sensibilidad del vientre, la herida en un estado satisfactorio. La porción del pedículo que allí se encontraba comenzando á mortificarse. La orina se había extraído por la sonda. En suma, el choque, el peritonismo, como le llama GUBLER, estaban allí para temer sus consecuencias.

"Prescripción: Alcohol en cucharaditas, poción tónica aromática y ligeramente opiada. Por el temor de la peritonitis, hielo al vientre. Al lado de la enferma estaba siempre un practicante, pariente suyo, que la vigilaba á cada instante. A mi vuelta, á las cinco de la tarde, la enferma había muerto, mi encargado me refirió que el calor del cuerpo disminuyó notablemente, mientras que la respiración se hizo excesivamente fatigosa. Una hora antes de morir, entró en cierta tranquilidad engañosa que le hizo la ilusión de alguna mejoría. La inspección no pudo hacerse completa, pero sí suficiente para adquirir la certidumbre de que no se había producido una hemorragia consecutiva. Quitadas las agujas que sujetaban el pedículo, se encontró el peritoneo limpio. La herida comenzaba á cicatrizarse; como no había transcurrido el tiempo suficiente para el desarrollo de la peritonitis, ni señales de ella, no queda sino el choque, el peritonismo, para explicar la muerte. [1]

"CONCLUSIONES:

"1ª La histerectomía es una de las más graves operaciones de la Cirugía.

"2ª Sólo se debe emprender cuando el neoplasma uterino compromete la vida ó la hace insoportable, sin haber ocasionado una profunda perturbación del organismo.

"3ª Para que dé buen resultado, se debe procurar abreviarla; de modo que está contraindicada, si las circunstancias que la reclaman hacen imposible esta condición.

1 La septisemia peritoneal sobreaguda está más acorde con el cuadro sintomático de esta enferma. A propósito de «Accidentes y Complicaciones» emito mi juicio sobre el peritonismo.—*Suárez Gamboa*

"4ª El procedimiento operatorio debe simplificarse suprimiendo en lo posible el segundo tiempo de la operación.

"5ª En los otros tiempos de la operación, debemos ajustarnos á las reglas del Doctor PEAN; pero proporcionando la extensión de la herida á las dimensiones del tumor.

"México, Marzo 27 de 1878.—*R. Lavista.*"

Puede verse que el trabajo del eminente maestro Dr. RAFAEL LAVISTA, es una brillante muestra de sus extraordinarias aptitudes quirúrgicas y de su profunda erudición.

Durante la sesión del 2 de Junio de 1878, Mr. GOSSELIN presentó este trabajo á la Academia de Medicina francesa.

Desde aquella época el Sr. LAVISTA ha continuado sus estudios sobre Cirugía abdominal, y hoy es, á no dudar, uno de los primeros cirujanos de la República.

No solamente es el introductor de la histerectomía, sino que multitud de operaciones, tales como la *uretro-cistotomía*, la *desarticulación coxo-femoral*, la *ovariotomía*, las *resecciones intestinales*, la *esofagotomía* y multitud de otras de Cirugía visceral, han encontrado en él, á la vez que un propagandista valioso, un sabio comentador.

El Sr. LAVISTA, profesor de Clínica Quirúrgica y director interino de la Escuela Nacional de Medicina, es autor de multitud de folletos y trabajos médico-quirúrgicos, entre los que descuellan una Memoria sobre la *Coxalgía* y una Tesis sobre las *Queratitis*, que cita y consulta en una de sus obras GALEZOWSKI, oftalmologista francés distinguidísimo. Dirige el periódico médico de más reputación en México, "*La Revista de Anatomía Patológica y Clínicas.*"

Como todo hombre eminente, el Sr. LAVISTA se ha encontrado en multitud de luchas ardientes y, ya vencido, ya vencedor, ha sido el objeto de encarnizados ataques. Es hombre de acción y de extraordinaria energía, y su época no puede serle indiferente: tiene discípulos devotos, admiradores entusiastas, adversarios hipócritas y hasta enemigos.

Sus méritos científicos le permiten desdeñar las rivalidades, arrostrar las prevenciones y confiar en la imparcial justicia del mundo quirúrgico.

Para apreciarlo dignamente, hay que verlo en su labor operatoria: domina su público con la inmutable serenidad de su mente; jamás se le ve una brusquedad ni una vacilación ó debilidad; llama la atención la destreza de sus manos y la finura de sus

maniobras, y sean cuales fueren los incidentes que sufra, siempre tiene recursos de triunfo, algunas veces semejando reflejos de verdadero genio quirúrgico.

La primera histerectomía vaginal, débese, como ya hemos visto, al Sr. Dr. NICOLÁS SAN JUAN.

El Sr. SAN JUAN es el verdadero fundador de la Ginecología Mexicana é indudablemente el cirujano más hábil de la República, en materia de padecimientos ginecológicos.

Desde estudiante mostró grandes aptitudes para la Ginecología é introdujo, por su profundo estudio y constante afán, el uso de las inyecciones intra-uterinas en el tratamiento de las metritis.

He aquí lo que á este respecto dice el Sr. F. A. FLORES,[1] distinguido amigo mío:

"Era estudiante todavía uno de nuestros mejores ginecologistas, el Dr. SAN JUAN, cuando le ocurrió ensayar en los hospitales de San Andrés y de San Juan de Dios, las inyecciones intra-uterinas como medio de combatir las metritis. Para esto inventó un aparato especial que consiste en una jeringa doble, cuyas extremidades se adaptan á una sonda metálica de doble corriente, la que funciona de tal manera, alternativamente, que mientras una de las jeringas inyecta dentro de la cavidad el líquido medicinal, lo absorbe la otra, impidiendo de esta manera que pueda elevarse dentro del útero la presión del líquido, é hizo sus experimentos con tal éxito, que prendado de sus resultados, los escogió de tema para la tesis que sostuvo en su examen inaugural...."

El Sr. SAN JUAN ha sido el fanal de todos los cirujanos que se han ocupado de Ginecología y de Cirugía abdominal en México. Sus clínicas han sido y son concurridísimas. Es una verdadera desgracia para nuestra Facultad que el Sr. SAN JUAN se haya retirado de la enseñanza, no obstante que el Sr. Dr. M. GALLEGOS, su sucesor en la silla de Ginecología, le representa honrosamente.

La relación de la primera histerectomía vaginal, verificada por el Sr. SAN JUAN, la debo, igualmente que la de la histerectomía del Sr. LAVISTA, al Sr. Dr. VÉRTIZ.

He aquí la observación del Sr. SAN JUAN, narrada por él mismo y publicada en la "Gaceta Médica de México," durante el año de 1878.

1 «Historia de la Medicina en México.» — *F. A. Flores.*

CLINICA QUIRURGICA.

(La Histerectomia.)

Tip. y Foto. «La Europea» Dr. Suarez Gamboa

Fig. 6.—Dr. Ramón Macías, Profesor de la Escuela N. de Medicina de México.

"Extirpación completa del útero.—CURACIÓN.—El mes de Junio del año pasado fuí llamado por la Sra. N., para darle mi opinión acerca de un padecimiento de la matriz.

"Esta señora es de edad de 56 años, casada, ha tenido seis hijos, tres de ellos mujeres, que ahora son grandes, no se han casado y viven sanas.

"La señora se encontraba sumamente extenuada: la cara ofrecía multitud de pliegues, pañosa. No conservaba ni un solo diente. La voz lánguida. El conjunto de su expresión traducía muy bien el sitio de sus padecimientos: era una fotografía del *facies-uterino* de BENNET.

"Los cabellos son escasos y ásperos; la piel, especialmente la de la cara, ofrece multitud de manchas de vitiligo; la del vientre se encuentra tan floja, así como las capas musculares que reviste, que en toda la cavidad abdómino-pelviana se tocan los órganos como envueltos por una badana.

"A pesar de que mis preguntas se dirigían siempre á averiguar el tiempo, orden y marcha de sus padecimientos, me encontraba á cada paso con la respuesta de: "*pero esta bola, este tumor es lo que más me lastima.*"

"Pues bien, ¿cuánto tiempo hace que tiene usted esa bola, y cuánto que la hace sufrir? la interrogué.

"Señor, me dijo, que me la noté, hace como tres años; que me arde y que me punza, como un año ó poco más; y además, el flujo blanco que no se quiere quitar y que siempre me escorea."

"La supliqué que se colocara en la posición que estimé más conveniente, tomé las precauciones de decoro, y me puse á examinarla.

"El estado de sus miembros inferiores y de su vulva caducaba, como el resto de su cuerpo.

"La vulva está abrazando al útero, descendido notablemente, y habiendo entrado demasiado al período de atrofia senil.

"El cuello, cubierto enteramente de vegetaciones de un tejido fungoso, de color rojo pálido, exudándose de ellas un líquido fétido y de aspecto sanioso.

"Además de que este mal cubría todo el cuello, ó más bien el *hocico de tenca*, porque el llamado propiamente cuello, había desaparecido, en la época regresiva que el órgano iba recorriendo: además, decía yo, se había extendido algunos milímetros sobre el anillo vaginal, que se podía ver al separar los grandes labios.

anillo, que como se comprenderá, estaba reflejado sobre el cuerpo del órgano.

"En la porción de vagina oculta estaba una rondela de goma elástica, que había permanecido allí un año; se había procurado un ligero surco, y según me pareció, había sido puesta con el objeto de lograr la separación lenta y completa de la víscera.

"Sentía ardores intensísimos, que partiendo del útero herniado se extendían al ano y á los lomos; igualmente sufría, sobre todo durante las tardes y las noches, punzadas que acompañaban á los ardores.

"No podía dormir ni estar un momento tranquila. No tenía hambre ni sed, y le daba asco cuanto alimento le presentaban.

"La orina se expulsaba con facilidad; pero al caer sobre el tumor le producía ardores.

"A todo se agregaba una tos que padecía muchos años ha. Auscultados sus pulmones, se encontraban gruesos estertores mucosos, diseminados en las bases de los dos pulmones. El murmullo respiratorio, débil en todas partes. Ningún otro fenómeno notable.

"Clasifiqué la lesión uterina de epitelioma, y en vista de las circunstancias que guardaba, le propuse la extirpación completa del útero.

"A pesar de haber expuesto mis razones, no la admitieron, y me retiré, esperando que al fin se resolverían por la operación.

"No me engañé: el día 17 de Agosto, con el pretexto de un dolor distinto de sus padecimientos habituales, fuí llamado y consultado de nuevo sobre el tumor. Aplacé mi resolución para después de un nuevo examen.

"Fuí al día siguiente, llevando un pequeño microscopio.

"Todo lo encontré en el mismo estado, pero con esta diferencia: que el neoplasma había invadido algunos milímetros más la porción sana de vagina.

"Raspé con un escalpelo las vegetaciones, y examiné al microscopio lo que recogí.

"Encontré que los elementos componentes de aquella substancia, estaban principalmente constituídos por grupos de celdillas de epitelium pavimentoso; pero de muy distintas formas: unas alargadas, otras como dobladas; pero la mayor parte elípticas, y casi todas con tres y hasta cinco núcleos, y estos con uno ó dos nucleolos. Había, además, muchos glóbulos rojos íntegros, y granulaciones enteramente opacas.

"En vista de todo esto, resolví definitivamente á la familia que

estaba en lo dicho; que no encontraba otro recurso que el que les había propuesto antes, y que en mi concepto, aun para ese único, se estaba perdiendo el tiempo.

"En el acto se aceptó la operación, y el día 19 pasé una ligadura con un torzal de seda de seis hebras. Para ello, hice una ligera tracción sobre el órgano enfermo, para poner más á mi alcance la porción sana de vagina, y la apliqué á dos centímetros arriba del límite del mal, y procurando con ella marcar más el surco que había ocasionado la rondela de goma elástica.

"El día 20 cautericé con el lápiz de potasa cáustica el surco formado por la ligadura. Esta operación le produjo fuertes punzadas.

"El 23 se desprendió casi toda la escara, que tenía como dos milímetros de gruesa. Nueva cauterización de dos milímetros.

"El día 26 cayó la segunda escara y se puso algo violado el útero. Se endureció la vagina arriba y abajo de la cauterización: hubo menos punzadas.

"Día 29.—Nueva cauterización sobre el surco, que se encontraba ya ulcerado en el segmento inferior. Dolores agudos que se irradían hasta el vientre.

"Septiembre 4.—Se quitó la ligadura, que ya se había aflojado por la disminución del diámetro de la vagina. La cauterización había destruido toda la mucosa y parte de la túnica muscular de este órgano y en este lugar, apenas quedaba como un cilindro de un centímetro de diámetro. El sitio de las cauterizaciones supuraba mucho y había desaparecido el endurecimiento de la parte superior. Se puso nueva ligadura delgada de cuatro hilos, y apretada; esto no produjo dolor alguno.

"Día 6.—Todo el útero y la parte de vagina situada abajo de la ligadura, tenían un color violado obscuro; algunos puntos estaban en putrefacción, y el conjunto despedía un olor de gangrena. Se puso una ligadura delgada á dos milímetros arriba de la que estaba, y se cortó con tijeras á tres milímetros abajo de esta última.

"Después de la sección, escurrieron á lo sumo diez gotas de sangre, y no se produjo el menor dolor.

"La pieza que obtuve en esta última operación, es ésta que tengo el honor de presentar á la Academia.

A esto siguieron lavatorios antisépticos y una curación apropiada.

Día 8.—Cayó la última ligadura y encontré un coagulito de sangre en el muñoncito vaginal.

"No tenía la enferma ni la menor molestia en toda la región del mal. Quería comer algunos antojos y pararse, porque se sentía muy maltratáda por la cama. Le recomendé aseo, buena alimentación y que se levantara á medida que sus fuerzas se lo permitieran. A los tres días, no habiendo más de notable que su antigua afección bronquica, le prescribí lo que hallé por conveniente y me despedí.

"Hace un mes fuí llamado nuevamente para consultarme sobre una hinchazón que le había venido en la pierna izquierda.

"La encontré con edema ligero del miembro inferior, sintomático de una compresión en la vena crural correspondiente.

"La compresión la ejercían un infarto de los ganglios inguinales superficiales y medios. A este infarto acompañaba otro de tres ganglios pelvianos profundos, reunidos íntimamente y muy aumentados de volumen. Estos eran dolorosos á la presión, y durante las noches, espontáneamente y con el carácter de punzadas.

"Desde aquel momento todas mis ilusiones murieron; aquellos ganglios fueron para mí los conservadores del mal. Había extinguido la fuente, pero había quedado la veta, y la situación inexpugnable de los ganglios pelvianos, estaba burlando todos mis esfuerzos.

"Prescribí al exterior una pomada que contenía extracto de cicuta y un poco de yoduro de plomo: al interior le ordené algunas medicinas que empíricamente gozan de reputación anticancerosa.

"Con admiración ví casi desaparecer el aumento de los ganglios inguinales y el edema; pero los pelvianos cada día crecen, se endurecen y duelen más. Lo que hace comprender que no á todos aumentaba de volumen el mismo mal, como yo lo suponía.

"Permitidme ahora volver sobre algunos puntos.

"No diré nada acerca del diagnóstico, pues me pareció que era bien claro.

"Pero voy á comunicaros las reflexiones que hice para decidirme por la extirpación.

"Antes que esta operación, no veía enfrente mas que dos recursos: ó la destrucción del neoplasma con el cloruro de zinc, recomendada por GALLARD y tal como la ha practicado AMBROSIO GUICHARD, ó la amputación del cuello con el constrictor, con el cauterio actual, con el gálvano-cauterio, ó como me diría alguno, con el cauterio de PAQUELIN.

CLINICA QUIRURGICA.

(La Histerectomia.)

Tip. y Foto «La Europea» DR. SUAREZ GAMBOA

Fig. 7.—Dr. Tomás Noriega, Profesor de la Escuela N. de Medicina de México.

"En cuanto al cloruro de zinc, era impracticable en la situación que guardaba el epitelioma de que vengo hablando. Guichard lo aplicó en inyecciones en un epitelioma que coronaba un cuello largo, y á pesar de obrar tan lejos del peritoneo, varias veces se resintió éste gravemente del cáustico. Aquí no había cuello, y tenía que aplicarlo aún en el espesor de la vagina.

"¿Qué hubiera sucedido?

"En cuanto á los segundos medios, por las mismas razones no eran aceptables. No había terreno donde funcionaran impunemente.

"Así, pues, no había qué pensar más que en la extirpación completa del órgano; tanto más, cuanto que había úterocele vulgar, y era ya un órgano muerto en la edad que tenía la enferma. Quedaba sólo por escoger el procedimiento.

"Conocía una estadística del profesor Tomás Gallard, de Nueva York, que cuenta 59 casos: 45 de úteros quitados por ligadura, y de éstos 33 curaciones, 10 muertes y 2 abandonados; cinco por el cuchillo ó el constrictor, pero después de una ligadura; seis curaciones y tres muertes.

"Pero hay que notar que estas operaciones se ejecutaron en casos todos de uteroptosis, y se podía confiar en la adherencia de la serosa, en la parte que correspondía al cuello. En mi enferma era un caso excepcional para la operación, porque faltaba la inversión para considerarla en las mismas condiciones. Aquí teníamos intacta, seguramente, la serosa que había arrastrado el útero, y era preciso ir con tiento; y para ello modifiqué el procedimiento, por la ligadura, poniendo varias, que hacían la estrangulación lenta y progresiva, y substituyendo con el cáustico de potasa, aplicado ligeramente y repetidas veces, á uno cualquiera de los tres cauterios ya mencionados; alejando de este modo el peligro de la peritonitis supurativa y logrando más seguramente sólo la adhesiva.

"Sería lento y cansado este modo de operar, pero fué tan feliz su marcha y el éxito, que jamás vacilaría en repetirlo, si se me presentara un caso análogo.

"En resumen, tenemos que como operación, el éxito no puede ser más satisfactorio; pero desgraciadamente no puedo decir lo mismo, como curación radical del padecimiento maligno.

"Mi enferma vive aún, es cierto, mejoradas algún tiempo sus condiciones en lo general, pero desgraciadamente al fin va á ser víctima de su mal.

"Y esto es, á pesar de no haberla tratado por la recomendada

cauterización incompleta del cuello; á pesar de no tratarse de un encefaloide, ni de un esquirro, sino de un epitelioma; á pesar de separado, no sólo el neoplasma maligno, sino más allá, es decir, arrancando todo el útero y una gran parte de la vagina.

"No, señores, por más que alguno haya injustamente creído en otra vez, que con mis ignorantes palabras era mi ánimo atacar á la persona y no juzgar un escrito, siempre tributaré un sagrado homenaje á la sinceridad, gritando públicamente lo que para mí ha sido hasta hoy una verdad, y es que *el cáncer uterino, de cualquiera forma que sea, jamás podrá ser curado si no se destruye por completo todo el tejido, que de una manera cierta ó sospechosa haya invadido el neoplasma.*

"México, Febrero 13 de 1878.—*Nicolás San Juan.*[1]

El caso referido con tan pintoresca cuanto fácil palabra, recuerda desde luego las cualidades del maestro que escribe. El Sr. San Juan, á la vez que hábil, atrevido é instruidísimo cirujano, posee dotes que le permiten expresar brillantemente sus ideas, y que hacen de él un maestro clínico de primer orden.

Después de este primer caso de histerectomía, el maestro San Juan ha continuado practicando la extirpación del útero, con un éxito siempre completo.

Sus procedimientos son, á la vez que elegantísimos y nuevos, de una seguridad absoluta. El fué de los primeros introductores de la asepsia entre nosotros: y en cuanto á su faena quirúrgica, está universalmente reconocida como ejemplar.

El Sr. San Juan tiene en preparación una obra sobre Ginecología, que todos sus discípulos y admiradores esperamos con ansiedad. Encontraremos ahí los procedimientos quirúrgicos que tanta fama han dado al maestro.

El Sr. Nicolás San Juan es acreedor á la gratitud de nosotros, los nuevos cirujanos; él, solo, representa la Ginecología mexicana.

El Sr. Dr. Francisco de P. Chacón, nuestro notable maestro de Anatomía Topográfica, ha llevado actualmente la Cirugía Abdominal á un grado tan avanzado de perfeccionamiento, que me complazco en reconocer, que estudiando sus ideas y siguiendo sus enseñanzas, he llegado á robustecer mi criterio, modificando mi

1 Después de leída esta historia, hoy, 4 de Marzo de 1878, he visto á la enferma de que habla, y he encontrado su mal estacionario.—*San Juan.*

propia inspiración sobre la práctica é indicaciones de la histerectomía.

El Sr. CHACÓN constituye con los Sres. LAVISTA y SAN JUAN, nuestras más puras glorias de Cirugía nacional.

Partidario de las ideas del Dr. PEAN, el Sr. CHACÓN comenzó á modificarlas con rara fortuna, suprimiendo desde luego las agujas del pedículo, y trazando una serie de preceptos que han logrado transformar entre sus manos á la histerectomía, en un acto quirúrgico fácil y sencillo.

El Sr. CHACÓn es ardiente propagandista de las *laparotomías exploradoras*, contando en este sentido con una brillantísima estadística. Sus estudios ginecológicos se hallan á la misma altura que los que realiza desde hace mucho tiempo en Cirugía General.

Pensador profundo y observador sagaz, rechaza de su ejercicio profesional mil prácticas que le parecen falsas, fundando sobre los verdaderos principios de la ciencia biológica las brillantes doctrinas que le han valido su merecidísimo título de maestro.

La auréola del maestro se refleja en sus discípulos: el Sr. CHACÓN se halla rodeado de un personal que ávido recoge la simiente de su experiencia, y que emite trabajos é ideas análogas á las suyas.

FELIPE RUIZ ESPARZA, el joven cirujano cuya modestia sobrepuja á sus notables méritos; REYNALDO DEFFIS, instruidísimo, estudioso é infatigable cirujano; y los alumnos JAVIER HOYO, JOSÉ URIBE TRONCOSO, CARLOS BARAJAS, JOAQUÍN CARREÑO, CARLOS MALABEHAR y SALVADOR ALVARADO, estudiantes dedicados y de bello porvenir, forman la cauda actual que sigue al maestro CHACÓN, y que le escucha con esa mezcla de admiración, respeto y cariño, que siempre ha inspirado á los que hemos tenido la suerte de ser sus discípulos.

El Hospital "*Concepción Béistegui*," terreno de trabajo del maestro CHACÓN, es uno de los que figuran á la vanguardia del desenvolvimiento quirúrgico del país. Su Director, el maestro Sr. JOAQUÍN VÉRTIZ, imbuído en las ideas más altamente progresistas, y lleno de esos principios actuales que hacen apoteosis á la Medicina operatoria, explota sus elevadas facultades en beneficio de ese Hospital, cuya *Junta de Vigilancia*, honrada y laboriosa, refleja sus aptitudes administrativas, tanto en el floreciente estado del Establecimiento, cuanto en la justa y buena reputación de que goza en México. Los Dres. ICAZA, PRIETO y CHÁVEZ, contribuyen también, poderosamente, al prestigio de esa Casa de Caridad.

Grande influencia tienen también en la historia mexicana de la histerectomía, los Sres. Dres. FRANCISCO HURTADO y TOMÁS NORIEGA.

El maestro HURTADO es no solamente un hábil ginecólogo, sino que ejerce toda la práctica quirúrgica con rara serenidad y destreza. Sus notables estudios le han valido la reputación de hábil maestro, de que disfruta: su destreza como operador, le ha producido el numeroso grupo de estudiantes de medicina, que buscan en su servicio del Hospital de San Andrés, el ejemplo de su habilidad quirúrgica y las enseñanzas de sus eruditos consejos.

Su práctica ginecológica es extensa. Sus histerectomías son ruidosas, y sus procedimientos, siempre correctos, lo colocan en el número de los buenos cirujanos mexicanos.

Hay en el operador, Sr. Dr. TOMÁS NORIEGA, un fondo magnífico de aptitud quirúrgica. Su buena imaginación y su amplia instrucción, le permiten explotar con buena fortuna este fondo original.

La Cirugía abdominal es un vasto campo que el maestro NORIEGA ha recorrido con fortuna, obteniendo enseñanzas que difunde entre el grupo estudioso que le rodea, en la Sala de Operaciones del Hospital de Jesús.

Cuenta el Sr. NORIEGA con un ilustrado grupo de amigos, que comparten con él sus estudios, sus fatigas y sus éxitos. El Sr. Dr. FERNANDO ZÁRRAGA, eminente cirujano y espléndido partero, apoyo robusto de la Escuela de Obstetricia de México; el Sr. Dr. GREGORIO MENDIZÁBAL, Director del Hospital Juárez, cirujano de un talento clarísimo y de instrucción profunda; el Sr. Dr. JOSÉ PEÓN CONTRERAS, cuyas aptitudes médico-quirúrgicas son comparables á su imaginación poderosa y bella, que lo hace una de nuestras glorias nacionales; y el Sr. Dr. ALBERTO LÓPEZ HERMOSA, cirujano correcto y erudito partero, son los infatigables cooperadores del Sr. NORIEGA.

En el Hospital Morelos contribuyen al estudio de la histerectomía, los intrépidos cirujanos Sres. RAMÓN MACÍAS y JULIÁN VILLARREAL.

El maestro MACÍAS, Director actual de este hospital, hace esfuerzos admirables por elevarlo á la altura que debe guardar un Hospital de Ginecología. Su trabajo no es infructuoso, y la personalidad del Sr. MACÍAS constituye una época de progreso para el "Morelos."

El Sr. MACÍAS ha realizado histerectomías que no desdicen de la espléndida reputación quirúrgica de que ha gozado siempre.

CLINICA QUIRURGICA

(La Histerectomia.)

Javier Hoyo. Director: Dr. Vértiz. J. Uribe y Troncoso. Dr. F. Esparza. Dr. F. de P. Chacón. Dr. R. Icaza. J. Carreño.
Dr. Tajonar. R. Fernández. (Operador) Dr. L. Chávez Aparicio.
J. Malabehar. R. Reigadas. Dr. A. Montenegro. Salvador Alvarado. C. Barajas.

Tip. y Foto. «La Europea» DR. SUAREZ GAMBOA

Fig. 8.—Histerectomía abdominal supra-vaginal, por el Dr. Francisco de P. Chacón, rodeado de los **Médicos y practicantes del Hospital** "Concepción Béistegui."

Dedicado desde hace mucho tiempo al estudio de la Patología Externa, y con especialidad al ramo de órganos génito-urinarios, ha compartido con su sabio amigo el Sr. Dr. REGINO GONZÁLEZ el título de primer Cirujano de Vías Urinarias, en la República.

Hoy el Sr. MACÍAS dedica todas sus extraordinarias facultades al estudio de la Ginecología.

Yo le he visto ejecutar histerectomías difíciles con brillante éxito, y lo encuentro en Cirugía Abdominal, tan profundo en su instrucción, tan sólido en sus ideas y tan elegante en su destreza, como lo ha sido siempre en toda su práctica quirúrgica.

Entre la multitud de estudiantes y médicos jóvenes que le rodean, se han distinguido los Sres. Dres. ULISES VALDEZ y ANGEL RODRÍGUEZ. Los dos han comprendido al maestro, y han adquirido su destreza y serenidad.

El Sr. Dr. JULIÁN VILLARREAL es un cirujano joven, que lleno de entusiasmo y estudioso, es uno de los representantes del porvenir de nuestra Cirugía mexicana.

Sus histerectomías le atraen un numeroso grupo de espectadores, que aprenden de él su elegancia como operador y sus opiniones como médico ginecólogo.

El Sr. VILLARREAL es el campeón mexicano de la anestesia cocaínica: desde la pequeña hasta la seria, sus intervenciones quirúrgicas hallan en la cocaina un poderoso auxiliar.

La asepsia en manos de este Cirujano es digna de estudiarse, y reconozco sus verdaderos méritos, no obstante que difiero algo de opinión con él, en este sentido.

El Sr. VILLARREAL abrió recientemente un curso libre de Ginecología Operatoria, y ha tenido la satisfacción de verlo cubierto por médicos de reconocido mérito.

Tengo entendido que el Sr. VILLARREAL es autor de algunas modificaciones á los procedimientos quirúrgicos actuales, entre las que se cuentan, una para la *cura radical de las hernias*, y otra para la *histerectomía supra-vaginal;* las que lamento no conocer.

En San Luis Potosí estudia el hábil é instruido ginecólogo Sr. PAGENSTECHER, cuya reputación es conocida en la República y cuyos trabajos lo elevan á un grado honroso en nuestra Cirugía.

Autor de multitud de procedimientos de técnica quirúrgica en Ginecología, tiene una brillante estadística de histerectomías. A su lado trabaja mi inteligente amigo el Dr. IGNACIO UZETA, distinguido desde estudiante; y de su Hospital particular salió la

LANE LIBRARY

Sra. MICAELA O. DE CASAS, profesora en Ginecología y Obstetricia, de reconocido mérito.

El Sr. PAGENSTECHER es de espíritu elevado, progresista, y da lustre á nuestra literatura médica con sus escritos llenos de instrucción y de experiencia.

He terminado la serie de ginecólogos que en México constituyen la historia de la histerectomía. ¿Pero quiere decir esto que ha concluído el personal quirúrgico que da brillo á nuestra Facultad, y honra y gloria á nuestro país?

De ninguna manera: la Cirugía General en la República está muy avanzada; tenemos cirujanos de extraordinarios méritos que indirectamente fomentan la práctica de la histerectomía, y los nombres de EDUARDO LICEAGA, FERNANDO LÓPEZ, REGINO GONZÁLEZ, RAMÓN ICAZA, no deben olvidarse, como los de otros más, porque son el legítimo galardón de la ciencia quirúrgica nacional.

DE LA OPERACION EN GENERAL

La práctica de la histerectomía, se caracteriza por algunos detalles que le son peculiares.

Las maniobras del Cirujano se verifican en un terreno susceptible al máximum á las influencias traumáticas, y en medio de órganos cuya integridad es esencial para la vida. Las inflamaciones peritoneales son doblemente de temer; pues la gran serosa une á su riqueza infinita en elementos de tejido nervioso, una vastísima zona de absorción.

Antes de atacar al útero, hay que dividir la pared abdominal; y cuando la operación está terminada, menester es volver á cerrarla de tal manera, que se llenen todas las indicaciones inmediatas y tardías, peculiares á las heridas penetrantes del vientre.

Durante toda la operación, hay que seguir cierto número de reglas y valerse de multitud de artificios, que solamente una larga práctica quirúrgica puede enseñar al operador.

Estudiaremos esta multitud de detalles, agrupándolos según se presentan durante la marcha de una histerectomía. Es decir, que nos ocuparemos de ellos *antes de la operación*, *durante la operación*, y *después de la operación*.

ANTES DE LA OPERACION.

Si las medidas de antisepsia y asepsia ocupan un puesto preponderante entre las condiciones que requiere una histerectomía, para realizarse con éxito, no son ciertamente las únicas de verdadera importancia, y las circunstancias relativas al *medio operatorio*, *á la enferma y al operador*, tienen también un alto interés.

EL MEDIO OPERATORIO.

En el Hospital, el Cirujano reune cuantas exigencias y comodidades tiene la técnica quirúrgica moderna.

La Sala de Operaciones del Hospital particular "Concepción Béistegui," cuya vigilancia y cuidado honran á mi ilustrado amigo el Dr. JAVIER HOYO, es un medio operatorio espléndido, que ha permitido al maestro CHACÓN, realizar una brillante serie de operaciones abdominales. Ciertamente que en este caso se reunen, á la excelencia del medio, la aptitud de todo el personal facultativo de que se ha rodeado nuestro distinguido maestro el Dr. JOAQUÍN VÉRTIZ, Director de ese Hospital.

En el Hospital "Morelos" acaba de inaugurarse con bastante éxito la "Sala para Operaciones Asépticas," debido al esfuerzo de su Director el Cirujano Sr. RAMÓN MACÍAS. La estadística de operaciones abdominales comienza á formarse bajo los auspicios de los Cirujanos de dicho Hospital.

Pero en la Cirugía á domicilio, las condiciones del medio se subordinan á la posición social de la enferma: en la clientela rica el operador puede encontrar todas sus comodidades y exigencias nosocomiales; pero en la clientela pobre debe ingeniarse para suplir los recursos de que carece.

En la clase pobre, las dificultades no sólo se relacionan con la ausencia de propiedad en el local y la escasez de útiles; sino que la higiene personal de la paciente es defectuosa, su alimentación poco apropiada, su vigilancia menos eficaz, y muy poco escogida su medicación.

Ciertamente que en estas condiciones es preferible operar en el Hospital; pero entre nuestra gente pobre existe un horror invencible á la hospitalización; y sin pretender aprobar ó rechazar este horror—que á mi juicio reconoce varias y poderosas causas—me limito á declarar, que esta resistencia de las enfermas para asilarse, obliga al Cirujano á practicar multitud de veces, grandes operaciones en medios poco adecuados.

El verdadero Cirujano sabrá servirse de todo lo que le rodea, utilizándolo de tal manera, que siempre obtenga un triunfo en sus intervenciones, y que su arte esté al alcance de todas las fortunas, impartiendo sus inmensos beneficios, tanto á los pobres como á los ricos.

Yo he practicado multitud de histerectomías en medios ope-

CLINICA QUIRURGICA.

(La Histerectomia.)

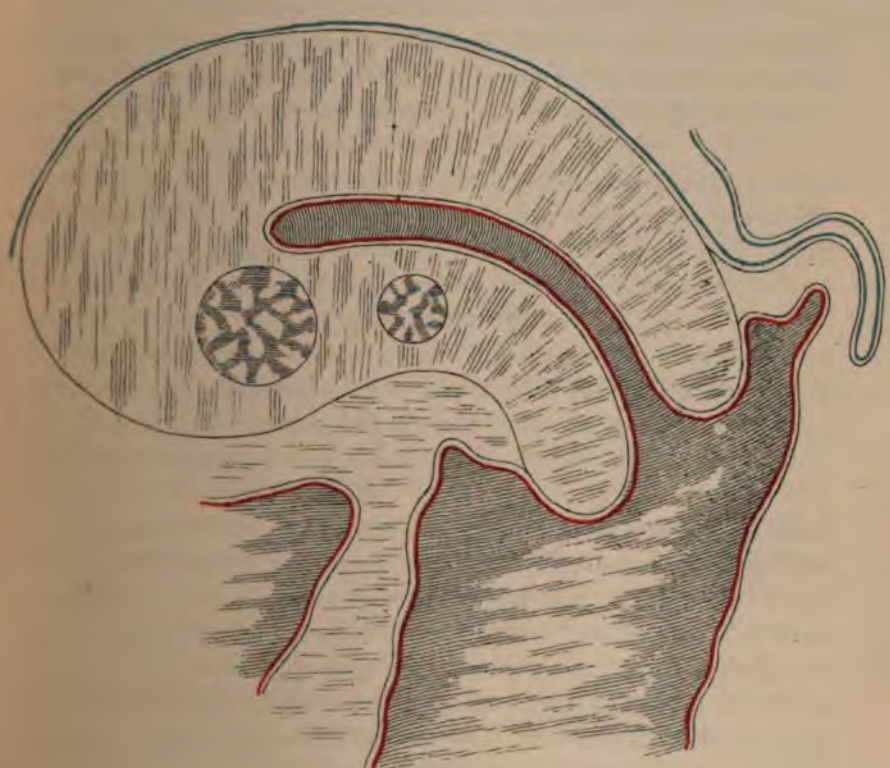


Fig. 9.—Fibromas intersticiales de la pared anterior del cuerpo del útero. (Según Auvard).

Lit. del Timbre

Dr. Suarez Gamboa

ratorios bastante malos, sin haber tenido que lamentar jamás un accidente. Mis maestros los Dres. Francisco de P. Chacón y Joaquín Vértiz, y con ellos multitud de médicos y estudiantes de Medicina, me han visto practicar histerectomías laboriosas en cuartos pequeños, húmedos, obscuros y mal ventilados; y sin embargo, una serie no interrumpida de éxitos ha sido el resultado de mis operaciones. Los Cirujanos Ricardo Tapia Fernández, Germán Díaz Lombardo, Antonio A. Loaeza, Calixto Vargas, Numa Torrea, y otros varios, han operado frecuentemente conmigo, en esas condiciones de medio defectuoso, sin haber lamentado jamás un accidente.

El Dr. Angel Hidalgo, distinguido Cirujano de nuestro Cuerpo Médico Militar, ha practicado ante mí notables operaciones, durante la campaña que con el 24 Batallón hizo en el Río Yaqui, y si nunca le ví una exigencia relativa al medio operatorio, tampoco le llegué á ver un fracaso quirúrgico.

Cuando no se tiene á mano un departamento adecuado y establecido especialmente para la práctica de las operaciones de la Cirugía aséptica, como lo son las Salas de Operaciones de los buenos Hospitales ó de las Quintas de Salud bien montadas, preciso se hace improvisarle.

Una buena Sala de Operaciones se obtiene fácilmente. Elíjase una pieza ámplia, con buena ventilación, y sobre todo muy bien alumbrada; hágase lavar con esmero el piso, blanquear nuevamente las paredes y limpiar cuidadosamente el techo. Por todo menaje: una mesa de operaciones, una mesa común para la colocación de los instrumentos y útiles de curación, un par de lavamanos con agua en abundancia, y una estufa si la temperatura ambiente es baja. La Sala de Operaciones está constituída.

Cirujanos hay que se rodean de exigencias tales para operar, que desde la filtración del aire de la Sala de Operaciones por medio de aparatos complicadísimos, hasta el empleo de las mascarillas antisépticas para detener los gérmenes que pudieran existir en el aire expirado por el operador, no cesan, en su afán de singularizarse, de buscar mayores complicaciones para el ejercicio de la Cirugía, á la que debe caracterizar siempre la sencillez.

El Cirujano debe operar siempre bien y obtener siempre buenos resultados, de cualquier modo que sea el medio en que se encuentre. Le bastará tener mucha luz para ver bien lo que hace, y muchísimo aseo para hacer bien lo que intenta.

LA OPERADA.

PREPARACION MORAL.

La misión del Cirujano no se limita á su papel de cortar. Es de su estrecha responsabilidad convencer y consolar á la operada futura.

Todo el que debe sufrir una operación, tiene miedo: miedo al cloroformo, miedo al dolor, miedo á la pérdida de sangre, miedo á la muerte.

Muchos hay que no podrían expresar qué temen; que únicamente tienen miedo.

Las señoras, con especialidad, se impresionan vivamente ante la idea de una operación. El solo anuncio de ella las conmueve y hace llorar; qué aunque enérgicas y admirables para soportar el dolor por sí mismo, se aterran ante la idea de sufrir una operación en cuyos preparativos preven un gran peligro.

Es muy especialmente la histerectomía una causa de inmensa desesperación para ellas; pues que á los terrores que toda operación les inspira, se acumula en este caso la pérdida de sus aptitudes sexuales.

¡Cuánta paciencia, cuánta sagacidad, qué astucia se necesitan para conducir á una enferma á solicitar una operación que hubiera rechazado si se la propone bruscamente!

La era de los Cirujanos verdugos ha terminado. El Cirujano actual debe caracterizarse por su dulzura y suavidad en el ejercicio profesional.

Al que sufre, le consuelan y alivian el interés y la afabilidad de su médico; pero si la severidad y la aspereza son perjudiciales, es insoportable que el médico sea atrevido é irrespetuoso.

Muchos médicos desconocen el origen de ciertas superioridades profesionales, que el público aprecia muy bien.

Conozco algún Cirujano de cierta fama entre nosotros, que joven aún, por su rápido progreso se ha atraído un número crecido de adversarios profesionales y cuyos colegas se preguntan, cuál puede ser el origen de la predilección que el público tiene para con él. Quizá más que sus conocimientos y aptitudes como Cirujano, sea su modo de tratar y consolar á los enfermos, el secreto de la gran aceptación que ha obtenido. La escuela de este Cirujano fué bien ruda: durante diez y seis años fué enfermo él mismo.

De todo aquello que impresione fuertemente la imaginación de las enfermas, debe prescindir el verdadero Cirujano, evitando esa serie de ademanes y monosílabos sueltos, de que tanto gustaron nuestros antecesores, y que nunca tienen más resultado que causar inútiles alarmas; tratando de divagar la atención de las enfermas, para quitar á sus exploraciones y reconocimientos ese carácter de severa gravedad que suelen revestir; y planteando el resumen de su estudio sin exageraciones ni brusquedad, haciendo comprender á la paciente que, si su estado es grave, la ciencia médica le ofrece grandes esperanzas de curación.

Una vez decidida la operación, el Cirujano procurará alejar de la mente de su enferma toda idea de muerte ó fracaso quirúrgico, tratando, por el contrario, de animarla haciéndola prever el próximo fin de sus sufrimientos.

En la preparación dietética y medicamentosa de la futura operada, el Cirujano será sencillo en sus consejos y breve en sus recomendaciones; tratando por cuantos medios estén á su alcance, de no aparentar en sus preparativos que teme la existencia de grandes peligros en la operación.

Si la paciente se halla en condiciones que requieran haga testamento, el operador será lo más diestro y astuto que sea posible, para inspirar esta necesidad á su cliente, sin proponérselo directamente. A todos los enfermos les ocasiona profunda emoción que su médico les indique la necesidad de testar en vísperas de alguna intervención quirúrgica.

PREPARACION DIETÉTICA Y MEDICAMENTOSA.

La preparación de esta naturaleza no debe descuidarse nunca en la práctica de la histerectomía. Además de ser una buena práctica quirúrgica la administración de un purgante, antes de las grandes operaciones, en las abdominales es una necesidad.

Por bien conducida que haya sido la operación, la parálisis intestinal es casi de regla durante las primeras horas post-operatorias; y es menester que el tubo intestinal esté libre de productos susceptibles de sufrir fermentaciones pútridas y de causar intoxicaciones.

Si por un incidente operatorio ó por alguna indicación particular de las circunstancias presentes, se divide una asa intestinal, su vacuidad es una garantía para el buen éxito de las suturas.

Cuando al purgante pre-operatorio se asocia la administra-

ción de los medicamentos que realizan la antisepsia intestinal, las ventajas obtenidas llegan á su máximum.

Este purgante no debe ser enérgico, á fin de evitar la depresión neuro-vascular que acompaña á las grandes pérdidas intestinales, y que complicaría el colapsus propio á la naturaleza de la operación.

El aceite de ricino y el calomel, son los evacuantes predilectos en estos casos.

El examen que ha sufrido la enferma, aclara el modo de ser de su estado general y las condiciones funcionales de los principales órganos en particular. Este análisis es un foco fecundo de indicaciones terapeúticas.

No podría insistir demasiado sobre la importancia del reconocimiento general pre-operatorio y sobre la frecuencia de dolorosas sorpresas, cuando se prescinde de él ó se le hace incompleto. Entre multitud de percances serios, recuerdo un caso que estudié en compañía de mi excelente amigo el Dr. MIGUEL MENDIZABAL, de Orizaba, y en el que estuvimos muy próximos á perder una operada de histerectomía supra-vaginal, el mismo día de la operación, por accidentes sumamente graves de origen pulmonar. Esta enferma sufría desde varios años atrás de una bronquitis crónica, y los vapores clorofórmicos, exacerbando rápidamente su padecimiento, le ocasionaron una hipersecreción de productos bronquíticos, que estuvieron próximos á causar su muerte por asfixia.

Si una enferma de mal de BRIGHT, si una glicosúrica, está á punto de ser operada, hágase el tratamiento general del proceso morboso, y se avanzará mucho para el buen éxito de la operación.

Es una noción bien conocida, que los estados constitucionales viciosos, contribuyen poderosamente al desarrollo de los gérmenes patógenos, en el interior del organismo.

En los enfermos albuminúricos la infección séptica reviste caracteres de extraordinaria gravedad, pues que no solamente en ellos la vitalidad languideciente de sus tejidos ofrece menos resistencia á los gérmenes invasores, sino que el estado de sus riñones se opone á la fácil y rápida salida de los productos de la desintegración orgánica.

"Es necesario, dice PAGET, que se reconozca y examine un futuro operado con tanta atención como si se tratase de un seguro sobre la vida."

En cuanto á la alimentación de la enferma, es usado no tole-

CLINICA QUIRURGICA.

(La Histerectomia.)

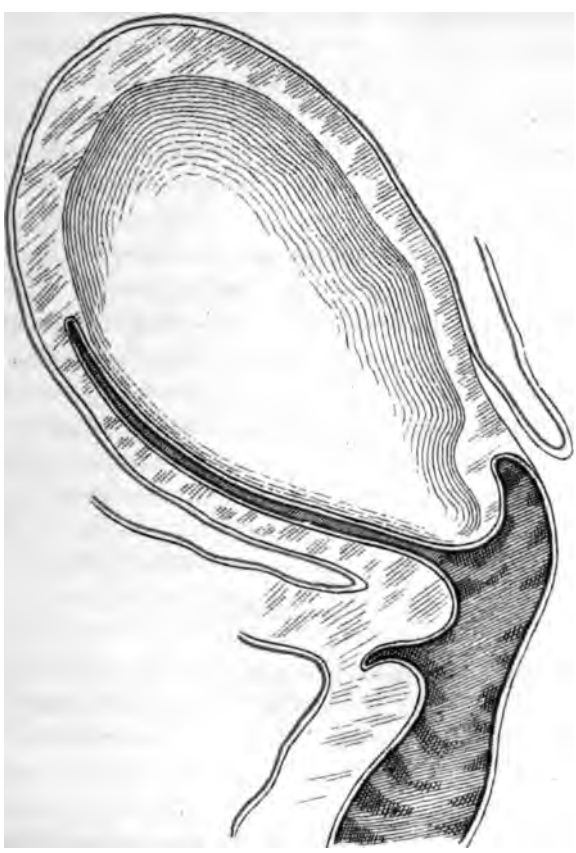


Fig. 10.—Fibroma intersticial del útero, de evolución sub-mucosa. (Según Sims)

Lit. del Timbre.

Dr. Suarez Gamboa

rarle desde los dos ó tres días anteriores á la operación, sino alimentos fácilmente digeribles y de poco residuo.

Es de rigor prescribir una serie de tres ó cuatro baños generales durante el período pre-operatorio, procurando que la enferma tome sus precauciones á fin de impedir los enfriamientos y sus consecuencias, que podrían ser un impedimento para realizar la operación.

La víspera del día fijado para ella, un practicante rasurará perfectamente el pubis y aplicará una gran curación antiséptica húmeda, sobre toda la región abdominal. Se prescribirán abundantes irrigaciones vaginales, con un líquido antiséptico tibio, aplicadas cada dos horas. Es útil administrar á la enferma una poción con algunos gramos de bromuro de sodio, que á la vez que calma su irritabilidad nerviosa, permite que al siguiente día la anestesia se haga con menos vicisitudes. En la mañana del día señalado para operar, las irrigaciones vaginales se harán cada hora; y el recto se vacía completamente por medio de dos ó tres lavativas grandes, practicadas con una solución débil de biborato de sosa. Si se considera conveniente, se repetirá la dosis de bromuro de sodio prescrita el día anterior.

EL OPERADOR.

El Cirujano que se alista para ejecutar una histerectomía, debe velar personalmente sobre el arreglo y preparación de todo el material quirúrgico y sobre la realización de los preceptos de la antisepsia en la enferma.

Por bueno que sea su ayudante, por absoluta fe que le inspiren su instrucción y su aptitud, el Cirujano nunca prescindirá de vigilar personalmente todos los preparativos y maniobras que exige la buena conducción de un acto quirúrgico.

Siempre que le sea posible, ensayará su operación en los cadáveres del anfiteatro, y así haya practicado un número infinito de veces la histerectomía, siempre dudará de su habilidad y se ejercitará constantemente.

Nada hay tan perjudicial al Cirujano, como las presuntuosas manifestaciones de su vanidad.

Las maniobras que en la mente ejecutamos, son sencillísimas; pero en la práctica, entre la sangre y lo imprevisto, suelen ser imposibles.

El operador habrá hecho el diagnóstico por sí mismo, habrá

explorado minuciosamente todo el campo sobre el que ejercerá su acción, analizado y juzgado uno á uno todos los datos que sus investigaciones clínicas le hayan ofrecido, y de ninguna manera—salvo circunstancias de exploraciones excepcionales—tomará el bisturí para verificar operaciones, sin tener conciencia del diagnóstico.

Algunos Médicos suelen decir que ellos diagnostican y los Cirujanos operan. Esto es un absurdo; pues el Cirujano, al intentar una operación, no se atiene nunca á más diagnóstico que al suyo.

La elección del arsenal quirúrgico le preocupará especialmente, y debe someterla al plan de su hipótesis operatoria. Recorriendo en su imaginación los diversos tiempos de su faena próxima, formará para cada uno de ellos un arsenal adecuado.

Para la anestesia reunirá la mascarilla—si prefiere la anestesia por el éter, se proveerá de la máscara especial para su empleo,—la pinza para tracciones sobre la lengua, lienzos para limpiar la boca á las enfermas en casos de vómitos, jeringas para inyecciones subcutáneas y una colección de los medicamentos que, como la cafeína, la estricnina, el éter y el nitrito de amilo, puede necesitar violentamente. Los que se usen por la vía hipodérmica, estarán en soluciones tituladas, y todos tendrán etiquetas con sus nombres y título, escritos con perfecta claridad.

Para el corte de los tejidos, elegirá bisturís y cuchillos de todas las formas y tamaños que crea convenientes, tijeras rectas y curvas de dimensiones surtidas, pinzas de disección y dentadas, sondas acanaladas rectas y vaginales, etc., etc.

Para la hemostasis, un buen surtido de pinzas de forcipresión, pinzas largas de RICHELOT, rectas y curvas; agujas de DESCHAMPS y de COOPER; tubo de caucho, si es partidario de la ligadura elástica, etc., etc.

Para la reunión, agujas de sutura en gran número, de modelos y dimensiones variadas; agujas de REVERDÍN y de HAGEDORN; agujas curvas automáticas para suturas profundas; [1] porta agujas de varios tamaños y formas, é hilos de sutura de todas clases y diámetros.

Los hilos para ligaduras y suturas los tendrá estériles á toda

1 Los Sres. ROEMER y COMP. han construido bajo mi dirección, una aguja automática que llena admirablemente las condiciones que el Cirujano pueda requerir para la colocación de las suturas en regiones profundas y estrechas. Tiene el grave defecto de ser dificultosa en su aseptisación completa.

conciencia. La menor duda relativa á su pureza, los hará sufrir una nueva y rigurosa aseptisación.

El operador no solamente elegirá su arsenal, sino que vigilará que esté en completas condiciones de utilidad: analizará los filos de los instrumentos cortantes; el estado de las articulaciones y engrane de las pinzas hemostáticas; el funcionamiento de los cauterios; la bondad de los hilos de suturas y ligaduras, etc., etc.

Próximo ya á operar, nombrará sus ayudantes. Nada hay más delicado que esta elección. El Cirujano los buscará entre aquellos que más frecuentemente utilice, sin olvidar que se establece tal unión entre él y su ayudante habitual, que éste último llega á ser como una tercera mano del operador.

Para la práctica de la histerectomía, basta con tres ayudantes: uno, como auxiliar directo del Cirujano; otro, para dar, recibir y cuidar el arsenal; y el tercero, para el servicio de compresas y tapones.

Si la operación se verifica en el domicilio de la enferma, hay que preocuparse por encontrar una persona que cuide á la operada y que reuna varias circunstancias.

Además de cierta suavidad de maneras y dulzura de carácter, se le exigirá algo de fuerza física que la haga resistente á las fatigas y le permita alzar y mover á la enferma cada vez que sea necesario. Por lo común una enfermera basta; pero en los casos difíciles y de larga duración, se requieren dos, á fin de que turnándose en su servicio lo desempeñen mejor. [1]

Es de regla que uno ó varios miembros de la familia, se ofrezcan calurosamente como enfermeros. Sin rechazar completamente sus servicios, hay que ser muy cauto en la utilización de ellos, pues estos enfermeros improvisados no siempre tienen la suficiente energía de voluntad, para conducir á la paciente por el severo camino que traza el Cirujano.

DURANTE LA OPERACION.

LA OPERADA.

La enferma que sufre una histerectomía, debe estar perfectamente abrigada con ropa de lana, evitando de este modo que sufra desperdicios de calor.

1 Forgue y Reclus. THERAPEUTIQUE CHIRURGICAL.

El Cirujano y sus ayudantes procurarán que los vestidos de la paciente no se humedezcan con el agua de los lavados. J. GREIG SMITH, aconseja cubrir todo el cuerpo de la operada con un gran lienzo de makintosh, abierto en el centro en una extensión de 20 á 30 centímetros, para circundar con esta abertura los límites del campo operatorio. El Dr. F. CHACÓN, en el Hospital "Béistegui," hace poner á sus operadas calzones de franela.

Yo acostumbro cubrir el cuerpo de la enferma por medio de compresas esterilizadas, secas y muy calientes, desde que mi operación se prolonga ó amenaza hacerlo.

LA ANESTESIA.

El cloroformo es, á mi juicio, el agente anestésico de elección.

Actualmente se deja sentir entre los Cirujanos, cierto movimiento hacia la reivindicación del éter que no ha mucho tiempo había sido casi abandonado.

En ciertas enfermas muy debilitadas por su padecimiento ó agotadas por traumatismos quirúrgicos anteriores, se utiliza con ventaja una mezcla de cloroformo, éter y alcohol.

Sea cual fuese el agente de la anestesia, preciso es no olvidar que las aptitudes del cloroformador, son la mejor garantía contra la mayor parte de los accidentes imputables á la anestesia clorofórmica. Entre nosotros, se ha hecho verdaderamente notable por su modo de verificar la anestesia, el maestro Dr. JOSÉ MARÍA BANDERA. Ha logrado reunir una vasta estadística personal, en la que no cuenta un sólo caso de muerte.

El cloroformizador debe poseer en lo absoluto toda la confianza del Cirujano que opera.

Nada hay tan molesto como trabajar en una operación, pendiente sin cesar de la marcha de la anestesia.

En algunos Hospitales he visto realizarse operaciones en las cuales la administración del cloroformo se ha confiado á personas completamente ineptas, viéndose el operador frecuentemente obligado á abandonar su faena, para atender los accidentes de la cloroformización, infectándose constantemente sus manos con las ropas y cuerpo del enfermo. Esto, durante una operación abdominal, es desastroso.

Si algunos médicos suelen comisionar para dormir á los enfermos que intentan operar, á estudiantes de Medicina que co-

CLINICA QUIRURGICA.

(La Histerectomia.)

Fig. II.—Fibroma sub-mucoso, sésil, del cuerpo del útero. (Según Hofmeier).

Lit. del Timbre.

Dr. Suarez Gamboa

mienzan apenas sus estudios, ó lo que es aún increíble, á enfermeros vulgares y á personas enteramente extrañas á la profesión—como yo he presenciado multitud de casos;—el verdadero Cirujano que se prepara á ejecutar una operación, no confía jamás el importante cargo de la anestesia sino á médicos de reconocida aptitud, ó á los practicantes que siendo aún alumnos de la Escuela de Medicina, por el adelanto de sus estudios y por la solidez de sus conocimientos merezcan tal confianza.

Solamente en circunstancias enteramente excepcionales, un Cirujano se resolverá á admitir que ejecute la anestesia, persona que no posea las cualidades indispensables á un cloroformizador. En la Ciudad, donde abundan médicos hábiles, sería extraordinario que la premura del caso fuera tal, que el Cirujano no pudiera esperar se buscase y trajese alguno de ellos; pero en el campo, donde el operador no cuenta con ningún apoyo en el personal que le rodea, se ve muchas veces en la necesidad de elegir un cloroformizador improvisado, y de velar él directamente la conducción de la anestesia.

Son muy particularmente nuestros médicos militares los que conocen las dificultades inmensas que presenta el ejercicio quirúrgico en el campo.

La organización especial de nuestro Cuerpo Médico Militar, que limita al Cirujano, durante las marchas y expediciones del Batallón ó Regimiento que sirve, á su única iniciativa y á su propio esfuerzo, lo obligan multitud de veces á realizar verdaderos prodigios de improvisación y astucia. El Cirujano militar en nuestro país se halla solo, sin más recurso que el botiquín y la escasa dotación instrumental de su Cuerpo, y sin ningún apoyo en el personal que le rodea, pues apenas si cuenta con su asistente, por lo común hombre rudo, vulgar, sin educación ni principios de ningún género; y así hace frente con la abnegación y sacrificio que caracterizan á nuestros médicos militares, á cuantas contingencias médico-quirúrgicas se les presentan.[1]

En las operaciones abdominales, más aún que en otros ramos de la práctica quirúrgica, la administración del anéstesico tiene gran influencia en los resultados post-operatorios.

1 Mucho podría decir respecto al ejercicio, en el campo, de nuestros Médicos Militares. Baste solamente indicar, que no obstante el celo y empeño del Jefe Supremo del Cuerpo Médico Militar, General Dr. Epifanio Cacho, mi respetable amigo, los Cirujanos Militares suelen sufrir dificultades inmensas en su práctica profesional, con algunos Jefes poco instruídos y vulgares. Felizmente, durante los años que yo serví en el Cuerpo Médico Militar, sólo encontré Jefes inteligentes, activos, progresistas y dignos.

EL OPERADOR.

Al Cirujano, durante su labor quirúrgica, deben caracterizarle tanto la sencillez de sus procedimientos, como la facilidad y elegancia de su ejecución. No basta conocer la técnica quirúrgica, hay que saber realizarla.

La Cirugía de hoy, no es la de ayer. El arte antiguo con su brutal violencia y sangriento aspecto, no se asemeja en nada á nuestro manual quirúrgico moderno.

La anestesia, la forcipresión y la antisepsia han formado una nueva y brillante era quirúrgica; pero han también ocasionado multitud de perjuicios, permitiendo que bajo su amparo se levante fúnebre horda de falsos Cirujanos y de operadores sin condiciones. La anestesia inmoviliza y enmudece al enfermo; la forcipresión aleja la sangre de nuestra vista, y la antisepsia cubre bastante bien las faltas operatorias. ¿Quién con tales ventajas no se declara Cirujano? [1]

"Por buen anatómico que logre ser, dice DOYEN, por mucho que ejerza la Medicina operatoria en cadáveres, y aun sobre perros, á fin de familiarizarse con la sangre y obtener *curaciones*, nunca llegará á ser Cirujano el que no posea cualidades primordiales congénitas."

Estas cualidades á que se refiere DOYEN, son aquellas que hacen del Cirujano un verdadero artista, que le dotan de una claridad y rapidez de criterio tales, que en un momento dado sepa apreciar todas las circunstancias de su operación, fundar las verdaderas y oportunas indicaciones de terapeútica quirúrgica, y conservar su serenidad de espíritu, sea cual fuese la gravedad de los accidentes imprevistos que se le presenten. Son también las que le inspiran la firme é inquebrantable resolución de llevar hasta el fin sus intervenciones y de triunfar siempre de todos los obstáculos que encuentre en su labor; teniendo constantemente su imaginación despejada y llena de recursos, y su bisturí siempre firme y sin apartarse una línea de su verdadero camino.

No todos los que operan tienen estas virtudes; no todos los que manejan un bisturí son Cirujanos. Conozco multitud de operadores de ocasión que se consideran Cirujanos, porque pueden manejar algunas docenas de pinzas hemostáticas, porque han presenciado después de sus llamados actos quirúrgicos, al-

1 Algunos se declaran tan buenos, que se anuncian al público, progresivamente, como especialistas en todas las grandes operaciones de la alta Cirugía.

gunas cicatrizaciones por primera intención—de las cuales no siempre son ellos los responsables,—y porque con mayor ó menor fortuna han realizado algunas operaciones, que consideran sus hazañas; pero estos falsos Cirujanos tiemblan á la menor vicisitud operatoria, se alteran, precipitan y desmoralizan ante una hemorragia algo considerable, y en sufriendo alguna dificultad en la realización de sus proyectos operatorios, embrollan sus ideas, pierden la calma, olvidan sus pocos conocimientos de Anatomía ante tan angustioso estado, y terminan realizando una serie increíble de torpezas y haciendo de la enferma que tuvo la desgracia de entregarse á ellos, la víctima infeliz de sus pocas aptitudes quirúrgicas.

Basta para conocer á estos falsos Cirujanos, una rápida ojeada en la distribución del personal que les rodea, y en la conducta que siguen durante su labor. Sin orden, acumulados, sin tener bien precisado el desempeño de su papel, los ayudantes se tropiezan, se estorban unos á los otros y no hacen sino complicar aún más, la difícil situación del que los dirige. En cuanto al operador, causa congoja verlo: tembloroso, agitado, dando órdenes con brusquedad y contradiciéndose constantemente, olvida hasta los nombres de los instrumentos y pide unos por otros. Ya corta, ya desgarra, ya aplica una pinza ó la quita; manda á todos, grita, regaña y se enoja, y con el campo operatorio lleno de pinzas y de tejidos desgarrados, termina como puede una operación que no supo cómo empezó.

No solamente en la mesa de operaciones se descubre á esta clase de Cirujanos; también en la Clínica, en la cabecera del enfermo, al apreciar los síntomas y establecer las indicaciones, manifiestan, desde luego, su ineptitud. Todos los días vemos enfermas con cánceres principiantes de la matriz, tratadas por estos Cirujanos con raspas, resecciones uterinas parciales ó cauterizaciones formidables, que impulsan vigorosamente el desarrollo del neoplasma; sin que nunca se les ocurra que la extirpación del útero se impone como el verdadero tratamiento, desde que el diagnóstico de cáncer se establece. En las peritonitis, en las lesiones cerebrales, en ciertas formas de Cirugía visceral y en todas circunstancias que requieran solidez en la instrucción quirúrgica y aptitudes especiales, en vez de manifestarse á la altura de su misión, se les encuentra siempre timoratos, vacilantes y pequeños; acusando, desde luego, lo poco que merecen el honrosísimo título de Cirujanos.

Aún recuerdo, con amargura, la severa crítica é injusta perse-

cución que sufrí por ciertos Cirujanos, al publicar una brillante observación de Cirugía abdominal. [1] "El Sr. Ismael Velasco sufría una estrechez adquirida del recto, en una extensión de varios centímetros, alcanzando la extremidad del asa sigmoide intestinal: esta estrechez se acentúa día á día; sobrevienen signos peritoneales; la obstrucción crónica se declara, terminando por la oclusión intestinal absoluta. Las tentativas de cateterismo rectal bajo la anestesia clorofórmica, intentadas pacientemente por mí, fracasan; ni una candelilla uretral franquea el estrechamiento. El estado general se hace sumamente grave. Sin vacilar más, recurro á la laparotomía; despejo el peritoneo pélvico de las natas fibrino-purulentas que le cubrían, trato de aislar el recto de entre la multitud de asas intestinales, dilatadas al máximum por gases, y mientras un ayudante sostiene por el ano una sonda rectal dura, yo procuro forzar el estrechamiento, abatiendo directamente el recto sobre la extremidad de la sonda. Mis maniobras son desgraciadas: las paredes del recto, abajo del estrechamiento, se hallan tan profundamente alteradas, que se desgarran, y el pico de la sonda aparece en la cavidad de la pelvis. Algunas materias rectales se derraman en el peritoneo. Sin vacilación dividido longitudinalmente el estrechamiento rectal, vacío sobre compresas, lentamente, el contenido del intestino y suturo los bordes de la incisión rectal, doblando el cabo superior sobre el inferior. La *toilette* del peritoneo me ocupa una hora larga: canalizo ampliamente la cavidad serosa. La duración de toda la operación fué de seis horas y después de un período post-operatorio azaroso, el Sr. D. Ismael Velasco curó de los accidentes operatorios y de su estrechamiento rectal. Vive actualmente en Puente de Ixtla; lleva dos años de operado y su salud en la actualidad es envidiable. Me acompañaron en esta operación mis excelentes amigos y buenos cirujanos, Dres. RICARDO TAPIA FERNÁNDEZ y MARCOS E. JUÁREZ, y mis practicantes ANTONIO VALDÉS ROJAS, RAFAEL ZEPEDA, RAMÓN OJEDA y JUAN CARMONA."

Esta operación, cuyo notable resultado [2] soy el primero en confesar, fué debido únicamente á la constitución extraordinariamente vigorosa del Sr. Velasco; me originó una serie no interrumpida de adversarios que nunca comprendieron, ni comprenderán, el rudo esfuerzo que realicé al decidirme á ejecutarla, ni las eternas

1 Sobre las discusiones y procedimientos extraños á que esta operación mía dió lugar, se encontrarán detalles en las actas de la Sociedad «PEDRO ESCOBEDO.» 1897.

2 Tan notable fué para algunos Médicos este resultado, que no faltó quien me acusara públicamente de falsedad.

CLINICA QUIRURGICA.

(La Histerectomia.)

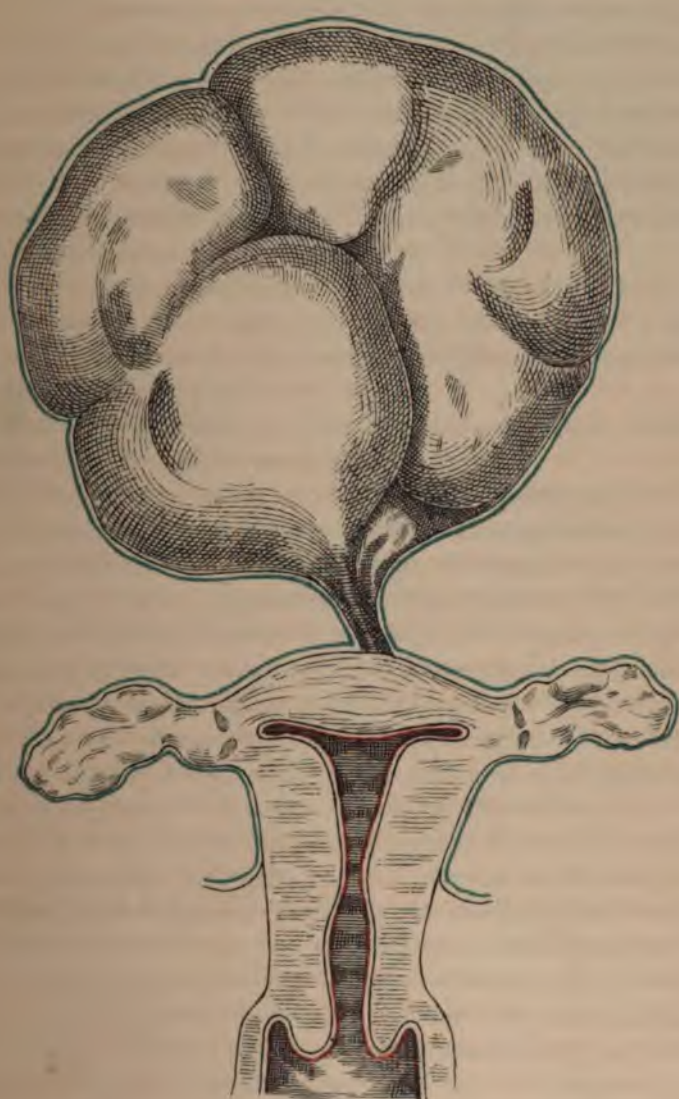


Fig. 12.—Fibroma sub-peritoneal, pediculado, de evolución abdominal. (Según Bonnet y Petit).

Lit. del Timbre.

Dr. Suarez Gamboa

horas que pasé junto á mi operado, disputándolo constantemente á la peritonitis y á la septicemia.

Para conducir bien una operación, el Cirujano debe tener presente en su imaginación, el plan de ella. Ahora bien, dos circunstancias pueden presentarse: ó la intervención realiza todos los tiempos previstos y se asemeja entonces á un estudio de Medicina Operatoria, tal como se ejecuta en el anfiteatro de la Escuela de Medicina, ó lo imprevisto la hace anómala, y entonces serán el juicio recto, la profunda instrucción y el reposado valor del Cirujano, los elementos que procuren el éxito.

La educación prolongada en los ejercicios de Medicina Operatoria, la inspiración en las ideas de los grandes maestros, y la constancia en la asistencia á las operaciones, preparan el fondo original de todo buen Cirujano.

Las costumbres, las posturas, el modo operatorio de los maestros, son el espejo fiel de los operadores futuros.

Algunos Cirujanos tienen la costumbre de intercalar en medio de sus operaciones, discursos clínicos sobre el patogénesis, indicaciones quirúrgicas y técnicas operatorias, diversas del caso que les ocupa. Yo protesto enérgicamente contra semejante proceder.

Desde que el Cirujano empuña el bisturí, se debe única y exclusivamente á su operado: su atención, su pensamiento, sus facultades intelectuales todas, no tendrán más mira que la ejecución rápida y correcta de su operación. Dejará el lucimiento de su brillante instrucción y de su espléndido criterio, para el período post-operatorio, cuando el enfermo esté ya tranquilo en su cama, cuando la faena operatoria ha terminado y cuando no haya peligro de que origine perjuicios con sus sesiones de elocuencia. Poco adecuadas á la misión del Cirujano—podría llamárseles inhumanas y crueles—son estas disertaciones, sobre hombres ó mujeres, con el vientre, el pecho ó el cráneo abiertos, con las vísceras expuestas á la perjuiciosa acción del aire y de la luz, con su respiración trastornada por los vapores del anestésico y perdiendo la vida; mientras el operador, olvidando que es un semejante suyo el que yace bajo su bisturí, se entrega á las más acaloradas discusiones de las teorías y procedimientos nuevos, aplicables al *caso* que le ocupa.

Digna, igualmente, de severa censura, es la conducta que suelen seguir algunos operadores y sus ayudantes, que ríen, se dirigen bromas y alardean del más alto desdén hacia su operado durante su labor quirúrgica. El paciente que sufre una operación es digno del mayor respeto y de la más alta consideración de los

que la ejecutan. No es con la indiferencia ni con el desprecio á la vida de los otros hombres, como un personal manifiesta que es apto para su misión y que está aguerrido en el trabajo. Es un error creer ó hacer creer que el Cirujano, ante el espectáculo incesante del dolor, sufre el embotamiento de su sensibilidad moral: la necesidad de poseer un juicio tranquilo y de revestirse con un aspecto sereno y reposado, podrán tal vez imprimirle el aspecto de un hombre poco sensible; pero aquél que profundamente lo analice, aquél que comprenda la inmensa resignación con que reconoce las inflexibles leyes de la Naturaleza, no podrá menos que admitir en él, á la vez que la infinita dulzura de sus sentimientos, un acrisolado interés para con sus semejantes y una elevación y fortaleza de espíritu excepcionales.

No todos los operadores piensan unánimes en la admisión de extraños al personal activo en una operación. Algunos no admiten á nadie, fuera de sus ayudantes; otros toleran un pequeño número de médicos y estudiantes de Medicina, á condición de que no hayan estado en contacto desde varios días antes con substancias ó cuerpos susceptibles de infectar, y otros, en fin, aceptan á todo el que se presenta.

En el Hospital "Morelos" los Cirujanos RAMÓN MACÍAS y JULIÁN VILLARREAL no toleran durante sus operaciones asépticas la proximidad de ninguna persona, á excepción de sus ayudantes. Sus estadísticas son notables.

En el Hospital "Béistegui," el Dr. FRANCISCO CHACÓN acepta que le rodeen durante sus operaciones abdominales, la multitud de médicos y estudiantes de Medicina que le buscan. Su estadística es tan numerosa como brillante,

En el Hospital de "San Andrés" los Cirujanos RAFAEL LAVISTA y FRANCISCO HURTADO, y en el Hospital de "Jesús" el Cirujano TOMÁS NORIEGA, no son tampoco muy exigentes en el numeroso personal que los rodea, y sus estadísticas no son menos brillantes.

Es indudable que á ningún operador le gustará ver en sus cercanías á alguno que haya estado en contacto con una erisipela, una septicemia, ó con cualquier otro foco de infección grave y segura; pero un personal en las circunstancias habituales de aseo y esmero de sí mismo, no creo que influya sobre la suerte de la operada, tanto como se ha llegado á asegurar, si no se pone en contacto directo con el instrumental, el material de curación, ó la operada misma.

En cuanto á mí, lleno de confianza en la barrera que la asep-

cia de mis ayudantes interpone entre mi operada y el personal extraño que me rodea, acepto á todos los médicos y estudiantes de Medicina que me hacen el honor de asistir á mis operaciones, sin exigirles mas que lo que exigió MOREAU al rey francés Luis XV, cuando quiso asistir á una operación que debía ejecutar ese Cirujano: *que vengan, pero que no estorben.*

El operador procurará dar sus órdenes con claridad, evitando abrumar á sus ayudantes con el número de ellas. Al mandar, no olvidará que el servicio está íntimamente ligado con la manera de pedirlo, y que los Cirujanos bruscos, ásperos y poco atentos con su personal, tienen casi siempre los ayudantes que se merecen. Se obedece como se manda.

Durante los momentos azarosos de un incidente operatorio; cuando la enferma se inunda en sangre durante una violenta hemorragia inesperada; cuando un síncope ú otro accidente grave interrumpe la anestesia; cuando un tumor se desgarra é invade el peritoneo con pus ú otras substancias sépticas; cuando, en fin, un accidente cualquiera amenaza violentamente la vida de la operada, el Cirujano, único y directo responsable, se levantará erguido ante la catástrofe que le amenaza, adquirirá más que nunca serenidad de espíritu y reposo de ideas, y se impondrá enérgicamente al personal que le rodea, sin hacer un ademán violento, sin alzar la voz, sin alterar su reposado continente y sin permitir que los ayudantes corran, se precipiten, se confundan y se embrollen. Empleará uno á uno todos los medios que su juicio sereno le inspire, sin desesperarse si los ve fracasar, y tenaz en sus maniobras, no olvidará que entre la muerte aparente y la muerte real suele haber mucha distancia; y que la constancia es la primera regla de toda terapéutica.[1]

Una vez terminada su operación, el Cirujano no abandonará á su enferma hasta que, disipadas completamente las perturbaciones de la anestesia, pueda hacerlo sin abrigar temores de peligros inmediatos.

LOS AYUDANTES.[2]

Cuando es menester ejecutar una operación atípica con ayudantes inexpertos, es prudente trazarles, de antemano, el plan operatorio.

Instruídos en su tarea y listos á consagrarle toda su atención

1 En estas circunstancias el Dr. RAFAEL LAVISTA es admirable.

2 Véase FORGUE y RECLUS–THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE.

y todo su celo, los ayudantes ocuparán su puesto, atendiendo únicamente al desempeño de su cometido.

La función principal corresponde al *primer ayudante*: él esponjea y hace la hemostasis; su misión es exponer y aclarar bien el campo donde trabaja el Cirujano. Un separador colocado oportunamente facilita la tarea: se cuidará de abrazar con el gancho los tejidos, en pleno espesor, y no superficialmente. Descubiertas las partes profundas, las relaciones peligrosas se apartan con los ganchos; los órganos importantes se protegen, y tendiéndose las conexiones celulares, se facilita la sección. En Cirugía abdominal el empleo de las compresas es de extraordinaria importancia: no solamente cubren los bordes de la herida abdominal, sino que garantizan las vísceras y el peritoneo contra los traumatismos operatorios y contra las probabilidades de contaminación.

En los tejidos vasculares, donde cada golpe de bisturí se acompaña de otro de esponja, el ayudante no se limitará á tocar la superficie de sección con las esponjas ó los tapones de algodón, sino que los paseará sobre los tejidos, haciendo cierta presión en ellos.

Si en algún punto donde el bisturí no trabaja ve surgir un chorro de sangre, aplicará inmediatamente un tapón de algodón ó una pinza hemostática. Si en el fondo de la herida percibe el trayecto de algún vaso sanguíneo de importancia, colocará inmediatamente dos pinzas para que el operador seccione entre ellas.

El empleo de las pinzas hemostáticas lo llevan algunos ayudantes verdaderamente hasta la exageración, acumulando sobre el campo operatorio manojos de pinzas que, si siempre son estorbosas, suelen no ser necesarias. Este exceso en el empleo de las pinzas hemostáticas, parece reconocer el horror que ciertos operadores tienen á los escurrimientos sanguíneos, aun de poca importancia. Sin pretender modificar sus ideas relativas á la hemostasis, bueno es recomendar á estos ayudantes que aprovechen los pequeños momentos de alto que el Cirujano hace en su operación, para que sustituyan las pinzas hemostáticas por ligaduras definitivas.

Ciertos operadores que reunen á una gran rapidez en sus maniobras una completa serenidad y profunda instrucción anatómica, ejecutan rápidamente sus operaciones sin detenerse en colocar pinzas en las arteriolas que van dividiendo, y reservan la hemostasis como último tiempo de la operación. Entonces el ayudante se limitará á secar rápidamente la sangre que escurre y á comprimir con sus dedos el corte de los vasos sanguíneos importantes que el operador le indique. Una vez terminada la

CLINICA QUIRURGICA.

(La Histerectomia.)

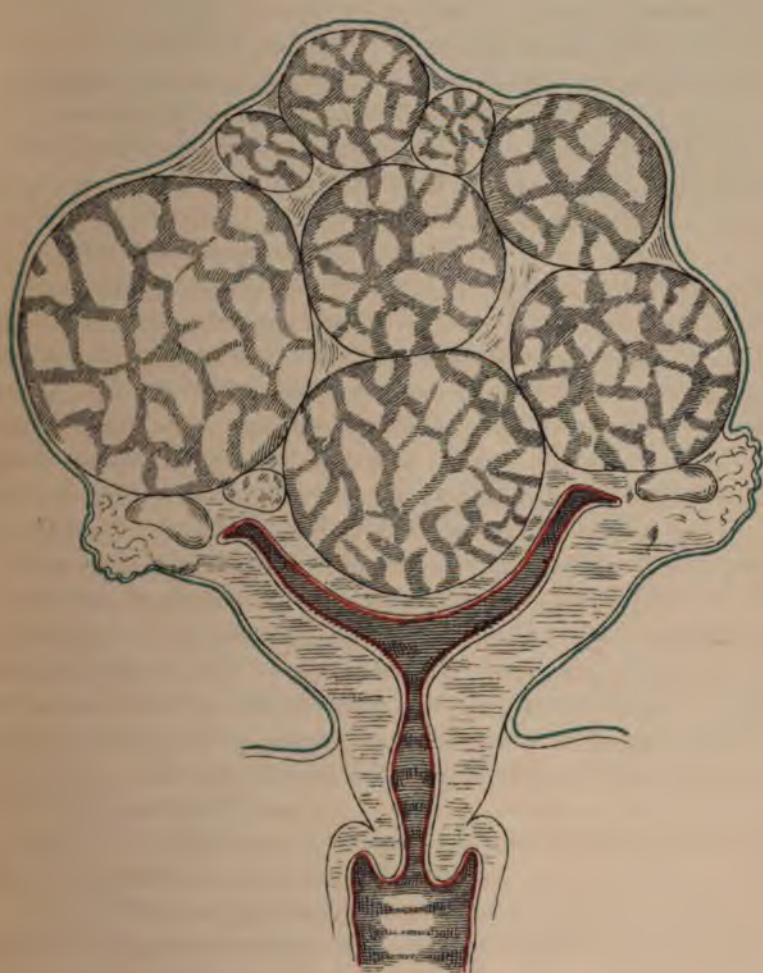


Fig. 13.—Fibromas sub-peritoneales, múltiples y sésiles, del cuerpo del útero, de evolución abdominal. (Según Doyen).

Lit. del Timbre.

Dr. Suarez Gamboa

operación, tomará con pinzas los puntos sangrantes, si el operador no lo hace personalmente, y colocará las ligaduras ó practicará las torsiones vasculares que sean convenientes.

En el momento de la colocación de las suturas, la cooperación del primer ayudante acelerará el trabajo: presentará bien afrontadas las superficies por unir, introducirá el hilo en el ojo de la aguja de REVERDIN, y asirá con pinzas de presión las extremidades del asa, si no la anuda inmediatamente.

En fin, es imposible narrar uno á uno los detalles del trabajo del primer ayudante. Se inspirará á medida que el caso operatorio vaya presentando indicaciones, y no olvidará nunca que su misión, más que auxiliar, es cooperativa.

El *ayudante comisionado para los instrumentos*, debe darlos sin confundirse. Si tiene noción de los tiempos que requiere la operación y si ha repartido convenientemente sus útiles, según el orden en que serán empleados, su tarea es fácil y sencilla. Vigilará igualmente que los instrumentos no se acumulen en las compresas asépticas que rodean el campo operatorio, de donde los tomará á medida que el operador los vaya depositando, para volver á colocarlos en sus bandejas correspondientes.

Asimismo recibirá del Cirujano aquellos instrumentos que se han utilizado ya y que no se necesitan por el momento. Como quiera que estos instrumentos están casi siempre llenos de sangre, cuidará de asearlos bien en un recipiente especial, lleno de agua esterilizada, evitando así ensangrentar el líquido donde están inmergidos los otros. Si algún instrumento se contaminase por su contacto con substancias sépticas, lo excluirá inmediatamente del servicio.

Durante las ligaduras y suturas cortará los hilos según las dimensiones que el operador le indique.

Algunos Cirujanos se pasan sin este ayudante, tomando ellos mismos los instrumentos colocados en bandejas al alcance de sus manos.

El *ayudante encargado de las compresas*, tapones de algodón ó esponjas, vigilará que las primeras estén siempre bien calientes, y enteramente asépticas las segundas. Con frecuencia presentará al operador un recipiente lleno de agua esterilizada tibia, á fin de que lavándose las manos se despoje de los depósitos que en ellas forma la sangre seca.

Es indudable que un gran número de ayudantes ofrece el peligro de hacer irregular la asepsia operatoria; pero este peligro desaparece si en la elección de ellos se ha obtenido un personal

enteramente apto para su misión. La división del trabajo permite operar con suma rapidez: con mis ayudantes habituales he logrado realizar por mi procedimiento especial de histerectomía abdominal total, la extirpación de un útero con los anexos supurados, en *cuarenta minutos.*

DESPUES DE LA OPERACION. [1]

LA OPERADA.

Por lo común las enfermas despiertan de la anestesia quejándose bastante. Estos dolores post-operatorios desaparecen muy rápidamente y no exigen ningún tratamiento particular. Si se hacen muy intensos ó no tendiesen á la algostasis, constituyen entonces una *complicación*, y debe buscarse en el capítulo "*Accidentes y Complicaciones*" la manera de combatirlos.

Al trasladar la operada á su cama, el Cirujano debe cuidar que todas las ropas de ella estén bien calientes, sea por haberlas tenido anteriormente en la estufa, sea por haberlas calentado directamente paseando por su superficie una plancha de hierro muy caliente.

Es de rigor dejar á la enferma tranquila durante las primeras horas, y salvo las inyecciones hipodérmicas que he sistematizado durante los primeros momentos que siguen á la operación, nada debe turbar su quietud y reposo.

Desde que está en su cama la operada, le aplico una inyección con cuatro miligramos de estricnina, y otra de suero artificial, á la dosis de ochenta ó cien gramos.

Mi sabio maestro y especial amigo el Sr. Dr. JOAQUÍN VÉRTIZ, Director del Hospital "CONCEPCIÓN BÉISTEGUI," es un gran propagandista de la administración post-operatoria de la estricnina, por la vía hipodérmica. Bajo su influencia no solamente se levanta la energía del sistema neuro-vascular, sino que los vómitos post-anestésicos, esa desagradable complicación del cloroformo, son menos frecuentes y menos prolongados.

En cuanto al empleo del suero artificial, que acostumbraba

1 No hace aún muchos años que el notable Cirujano Dr. JOSÉ MARÍA VÉRTIZ, reveló el secreto de sus triunfos en esta frase, que yo la considero, á mi vez, como el recurso de lucha más poderosa con que cuenta un buen Cirujano: «QUE OPERE QUIEN QUIERA, YO CURO.»

desde hace tiempo como un restaurador de la vitalidad, amortiguada por la profunda y prolongada acción de los anestésicos, lo elevo hoy á una categoría muy superior, gracias á los tenaces y fructuosos trabajos del distinguido operador, el Sr. Dr. Ricardo Tapia Fernández. Este hábil amigo mío, con esa constancia y laboriosidad que constituyen el fondo principal de su carácter, ha emprendido con éxito el estudio de la acción del suero artificial sobre las consecuencias post-clorofórmicas. Ha llegado á demostrar que las inyecciones abundantes del pseudo-líquido fisiológico, en el interior del organismo, á la vez que obran directamente sobre la energía del aparato nervioso central, permiten la dilución y rápida eliminación de los productos originados por la descomposición del cloroformo: entre estos ocupa rango principal el óxido de carbono.

La combinación de las ideas del Dr. Vértiz con las del Dr. Tapia Fernández, me ha permitido luchar con algún resultado contra la rebeldía y frecuencia de los vómitos consecutivos á la anestesia clorofórmica.

Casi siempre existe durante las primeras horas después de la operación, cierto grado de postración nerviosa, de abatimiento en la tensión vital, que recuerda uno á uno los detalles del Shock operatorio. Estos vestigios del traumatismo quirúrgico ceden rápidamente ante la influencia de las inyecciones de estricnina y de la solución fisiológica, caliente. Corresponden verdaderamente á la hipotensión cerebro-espinal que sigue á las grandes sacudidas de la onda nerviosa periférica. El Sr. Dr. Pagenstecher, sabio ginecólogo de San Luis Potosí, recomienda para calmar este estado, cuyo origen busca en la hiperexcitación de los plexus nerviosos peritoneales, las inyecciones de morfina en alta dosis.

La inmovilidad de la paciente debe procurarse que sea completa. Si existen pinzas de forcipresión constante, en los ligamentos anchos, ó si se ha instituido la canalización del peritoneo pélvico por el fondo de Douglas, la posición será en decúbitus dorsal. Algunos operadores acostumbran inmovilizar á las operadas de histerectomía, sujetándolas en la cama por medio de ligaduras ó vendajes. Yo me limito á exhortarlas severamente exigiéndoles quietud, y á recomendar á la persona que las vigila, les impida todo movimiento inoportuno.

Hay uno especialmente, que tiene desastrosa influencia sobre las suturas de la pared abdominal: el de elevación de la cabeza en la posición dorsal. Bajo el esfuerzo de este movimiento, los músculos todos del abdomen se contraen, los rectos anteriores

tienden á separarse de la línea media y á desgarrar las suturas profundas; y si suelen no producir hernias inmediatas, son casi fatales focos de eventraciones futuras, estas violentas tracciones musculares.

Si no hay pinzas permanentes, ni drenaje peritoneal, se autorizará la posición en decúbitus lateral: algunas personas encuentran así más comodidad y hallan mejores condiciones para expeler los gases intestinales, circunstancia de extraordinario interés en estos casos.

Esta inmovilidad absoluta durará treinta horas como mínimum, pudiendo el Cirujano prolongarla cuanto le pareciese prudente, á fin de no comprometer las suturas ó ligaduras internas.

Es muy frecuente que, no bien el Cirujano ha depositado á su operada en la cama y terminado la serie de sus recomendaciones y consejos, vea al retirarse, la recámara de la paciente inundada por un tropel de gentes que más que guiadas por el afecto, son arrastradas por una cruel y violenta curiosidad. Esta multitud—casi siempre constituida por señoras—asalta á la enferma abrumándola con interrogaciones, indicaciones y discursos de todo género: llena la pieza, vicia la atmósfera y forma un bullicio y un constante movimiento que estropea visiblemente á la enferma. En estas condiciones post-traumáticas tan graves, basta el suave acento de la voz humana ó el rápido andar de una persona, para causar náuseas, vómitos y aun vértigos intensos. De aquí que recomiende muy particularmente á los Cirujanos, y mi recomendación es muy formal aun cuando parezca nimia, que procuren emplear su energía en aislar bien sus operadas y en contener ese grupo de curiosos que asisten á estas operaciones como fúnebre cortejo del dolor y la aflicción.

Todo lo que tienda al bienestar y al confort de las operadas, tiende á su curación. En consecuencia, se procurará colocarlas en buenas condiciones de silencio, suavidad de luz y temperatura, reposo moral y tranquilidad física.

La alimentación varía según las peripecias del acto operatorio.

De una manera general y en los casos enteramente felices, se podrá comenzar la alimentación por la vía estomacal, después de las primeras treinta ó cuarenta horas, cuando el tubo intestinal principia á recuperar sus funciones. En los casos graves, acompañados de accidentes peritoneales de cierta importancia, la dieta absoluta presta reales servicios.

Durante las primeras treinta horas acostumbro prohibir todo género de alimentación ó administración de líquidos por la vía

CLINICA QUIRURGICA.

(La Histerectomia.)

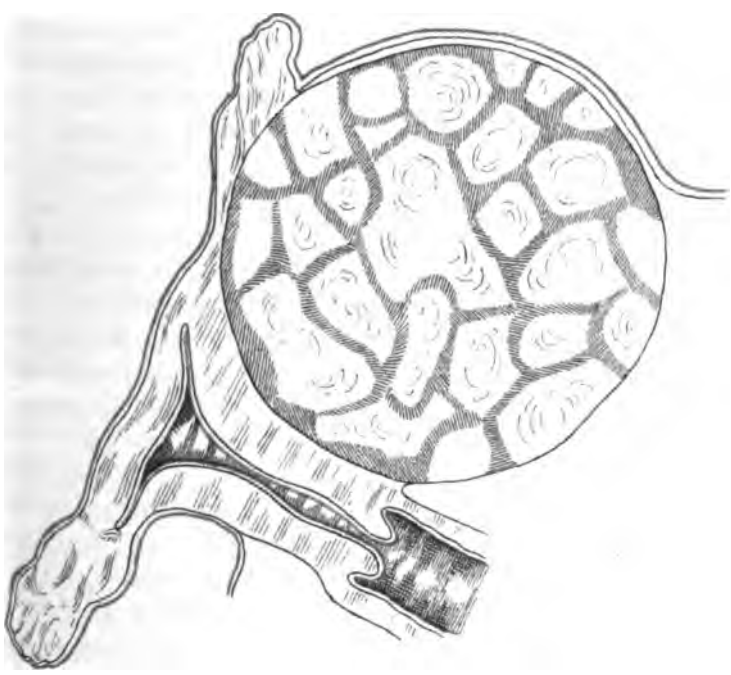


Fig. 14.—Fibroma uterino de evolución intraligamentosa. (Según Doyen).

gástrica: me limito á prescribir cada dos ó tres horas lavativas de 150 á 200 gramos de leche hervida y caliente. Estas lavativas no sólo calman la sed de la operada, sino que sostienen el intestino en un estado frecuente de excitación.

Me abstengo de recurrir á la vía bucal, tanto por temor de ocasionar vómitos, cuanto por la convicción que tengo de que ningún líquido será absorbido por la mucosa estomacal, eretizada y turgescente, por la acción refleja del traumatismo peritoneal. Partiendo de esta idea, rechazo la administración de todos aquellos líquidos que la tradición consagra como necesarios después de las intervenciones quirúrgicas del abdomen, tales como champagne helado, trozos de hielo, te frío, etc.

La alimentación la comienzo por pequeñas dosis de leche caliente y esterilizada, cada tres ó cuatro horas. Por lo común, esta dosis está constituída por tres cucharadas grandes. El caldo, poco grasoso y bien condimentado, es un excelente medio de confortar á la paciente y de ir preparando su estómago á los alimentos tardíos.

Del cuarto al quinto día, permito algo de sopa ligera y un poco de vino bueno; del séptimo al octavo, comienzo á aumentar la alimentación, y del duodécimo al décimo quinto, la dejo al libre arbitrio de la enferma.

Desde las primeras horas post-operatorias hay que vigilar mucho, tanto las *funciones vesicales* como las *intestinales*.

Suele suceder que transcurridas cinco ó seis horas, la paciente tenga una micción espontánea; pero es más frecuente que ésto no suceda después de la histerectomía. La parálisis de la vejiga, sin embargo, es fugaz; y después de una ó dos sesiones de cateterismo, sus funciones se restablecen.[1]

Para el caterismo no hay que esperar mucho la micción, pues la plenitud y la distensión del recipiente urinario podrían perjudicar grandemente la cicatrización peritoneal. El operador un poco práctico en esta clase de intervenciones, conoce ya muy bien, por la inquietud de la enferma, por el dolor que acusa, por su respiración acelerada, que el peritoneo sufre, que la vejiga se llena y que la hora de colocar la sonda ha llegado.

La sonda debe penetrar á la vejiga en medio de todas las precauciones de asepsia: nada hay más desagradable que una cistitis en estas condiciones. Yo he tenido oportunidad de ver evolu-

1 En unión de mi inteligente amigo el Dr. ALFONSO MONTENEGRO, observé un caso de parálisis de la vejiga, después de una histerectomía que duró treinta días.

cionar una cistitis en cierta operada de histerectomía, infectada por un Médico poco apegado á la limpieza quirúrgica.

Las funciones intestinales son más lentas en regresar: la parálisis del tubo digestivo es casi de rigor durante las primeras quince ó veinte horas.

Salvo contraindicación especial, hacia las treinta horas comienzo á mover el intestino, administrando cada hora dosis de diez centígramos de calomel, hasta obtener una ó dos evacuaciones abundantes.

La higiene personal de la operada debe preocupar en sus detalles al operador. Increíble parece lo poco vulgarizados que están, entre nosotros, los preceptos aún rudimentarios de la Higiene, y la lucha tenaz y constante que el Cirujano tiene en todas las clases sociales para realizarlos. No le bastará plantear sus indicaciones, sino que el Cirujano inspeccionará personalmente la ejecución de ellas. El ilustrado y laboriosísimo amigo mío Dr. MÁXIMO SILVA, ha publicado el año último un precioso librito de Higiene, que pone al alcance de todos, en lenguaje fácil y ameno, los mandamientos capitales de esta ciencia.

Si este librito fuera bien conocido y estudiado, cómo ahorraría trabajo á los Médicos y responsabilidades á los Cirujanos!

Los hilos de sutura en la herida abdominal pueden retirarse del octavo al décimo día, si no hay timpanismo. La crin de Florencia es admirablemente tolerada por la piel, y los puntos de sutura no están ni enrojecidos á los quince días.

Una vez retirados los hilos, se reemplazarán por un vendaje abdominal bien aplicado. Cuando la paciente abandone el lecho, usará constantemente una faja hipogástrica, por espacio de dos ó tres años.

Por lo común las enfermas se levantan hasta los quince ó veinte días después de la operación. Suele suceder que durante los primeros días de abandonada la cama, se quejen de dolores suaves en el vientre: estos desaparecen muy rápidamente.

La antisepsia constante de la vagina es de rigor durante todo el período de cicatrización. [1]

1 No es inútil recordar al Cirujano, cuando practique esta clase de operaciones fuera de su lugar habitual de residencia, que la elección del Médico que debe cuidar á su operada, es en extremo difícil. Pena me causaría hacer revelaciones que hieren profundamente la moral médica y la honorabilidad profesional; pero yo he sufrido tan grandes decepciones con el compañerismo de los médicos, que voy creyéndolo meramente hipotético.

INDICACIONES CLÍNICAS

I

FIBRO-MIOMAS.

Se designan con este nombre, neoformaciones cuya textura recuerda el tejido mismo del útero. También se usan los términos: *cuerpos fibrosos*, *tumores fibrosos*, *histeromas*, *fibroides*, *leiomiomas*, *fibro-leiomiomas y fibromas*.

Entre nosotros es frecuente usar el término *fibromiomas*.

Estos tumores están constituídos por fibras musculares lisas y haces de tejido conjuntivo adulto, en proporciones sumamente variables. Como se ve, su estructura es análoga á la del útero mismo, circunstancia sobre la cual VOGEL llamó el primero la atención.

Por el predominio de un tejido sobre el otro, se ha intentado subdividir los fibro-miomas, en *miomas y fibromas propiamente tales*.

LAWSON TAIT da tal importancia clínica á estos detalles, que propone describir como neoplasias de naturalezas completamente distintas, los *fibromas multi-nodulares* y los *blandos* y *edematosos*.

La clasificación de GUSEROW, quien los divide en *duros y blandos*, ha sido más comunmente aceptada.

La circunstancia de no encontrarse jamás al estado puro uno ú otro tejido, ha impedido el establecimiento de estas distinciones; y sin duda es preferible designar los tumores en cuestión

con el nombre colectivo de *fibro-miomas*, aceptando para mejor inteligencia clínica, los calificativos de *duros* y *blandos*, aunque este hecho no autorice á considerarlos como entidades neoplásicas distintas.

Sí es un hecho, que cuando el tumor se desarrolla en regiones más ó menos ricas en tejido conjuntivo ó muscular, sus elementos tienden hacia el tipo celular de origen, y de aquí que los fibromas del cuello sean muy ricos en tejido conectivo; no así los del cuerpo que abundan en elemento muscular.

Casi siempre que predomina este último elemento, las conexiones del fibroma con el resto del órgano, son mayores que cuando impera el elemento conjuntivo. En este caso, el tumor suele hallarse rodeado de una capa ó cápsula de tejido celular muy flojo, especie de cavidad virtual que facilita su enucleación.

Los fibromas son poco vasculares en su interior: se nutren por capilares y arterias muy poco desarrolladas que vienen de los vasos capsulares. Esto explica bien el hecho de que puedan cortarse y fraccionarse, sin ocasionar hemorragias abundantes.

Antiguamente se creía que carecían de nervios; pero ASTRUC y DUPUYTREN señalaron su existencia; y mientras LOBEY describía fibras de doble contorno, en un pólipo uterino fibro-miomatoso, HERTZ estudiaba y señalaba las terminaciones nerviosas.

El crecimiento de los fibro-miomas es relativamente lento, y sucede algunas veces que su marcha se detiene por un espacio muy largo de tiempo. En otras ocasiones sobreviene en medio de su lentitud, con causa apreciable ó sin ella, un crecimiento rápido que los hace adquirir un volumen enorme.

Hay algo anómalo en la nutrición de estos tumores: su cápsula, cuando la tienen, se halla surcada por arterias gruesas, tal vez aun más que la radial, y muy particularmente por venas enormemente dilatadas.

Yo he tenido oportunidad de ver un fibro-mioma enorme, cuyas venas superficiales eran muy semejantes á senos, sus paredes delgadas y extremadamente frágiles, y el calibre de su luz de más de veinte milímetros. En estos casos las hemorragias son terribles, y muy laboriosa la hemostasis.

Todo este aparato vascular tan abundante, está en conexión con la circulación general, en multitud de ocasiones, mediante un pedículo estrecho y pequeño.

Esta particularidad parece indicar que la exósmosis sanguínea es el principal foco de nutrición de estos tejidos.

Hay veces que se observan fibro-miomas perfectamente encap-

CLINICA QUIRURGICA.

(La Histerectomia.)

Fig. 15.—Tumor fibro-quístico del útero, de evolución abdominal. (Según Bonnet y Petit).

Lit. del Timbre.

Dr. Suarez Gamboa

sulados y sin huellas ostensibles de vascularización, vagar libres de adherencias en la cavidad peritoneal, sin ofrecer trastornos nutritivos. Estos fibromas libres pueden existir mucho tiempo sin presentar conexiones con el resto de la serosa abdominal.

Se ha observado que la evolución de los fibro-miomas está en relación directa con el estado del útero. Durante las épocas menstruales, cuando el útero lleno de sangre se pone turgescente y crece, hay en ellos un eco directo que se manifiesta por la duración y abundancia del flujo sanguíneo. Durante la menopausa, cuando la sangre se retira y el útero comienza á sufrir ese proceso esclerógeno peculiar á su vejez, los fibromas se atrofian y disminuyen mucho de volumen, llegando á desaparecer algunas veces.

Desgraciadamente no siempre sucede así, y en algunos casos el tumor continúa creciendo, ó toma una marcha más rápida é inesperada durante la menopausa. Es de creerse que entonces, ó bien el neoplasma encuentra nutrición en tejidos distintos del uterino, ó bien sufre una modificación de su estructura, degenerando en otra clase de neoplasia.

Durante la gestación, el tumor sigue la marcha del útero, crece y disminuye con él. Se han presentado observaciones en las cuales los fibbro-miomas, después de un rápido crecimiento, se han atrofiado tanto durante la involución uterina, que han llegado á desaparecer.

Ignoro qué influencia tendrá sobre ellos la intervención quirúrgica exploradora; pero es un hecho perfectamente demostrado, que después de las laparotomías, en las cuales por circunstancias especiales no se ha hecho la extracción del neoplasma, este disminuye rápidamente de volumen y sus manifestaciones clínicas se atenúan. Además de una larga serie de observaciones extranjeras, conozco muchas que han tenido lugar entre nosotros. Una de ellas, notable, la ví en manos de mi amigo el Dr. ARCADIO T. OJEDA, de Veracruz.

Los fibromas son tumores más ó menos redondos, de consistencia casi siempre dura, á veces muy dura. Lisos por lo común, suelen presentar eminencias esferoidales en número y dimensiones variables que representan núcleos de desarrollo, en diversos períodos.

Su volumen es muy variable: yo los he visto desde el tamaño de un guisante, hasta formar masas enormes, cuyo peso ha llegado á la cifra de 6,000 y 7,000 gramos.

HUNTER,[1] ginecólogo norteamericano, dice haber extraído un fibroma cuyo peso era de 140 libras inglesas, mientras que el cadáver de la operada, desembarazado ya del tumor, pesaba solamente 95 libras.

En ocasiones solitarios, hay veces que su número es considerable. El Profesor SAMUEL POZZI llama *degeneración miomatosa* á cierto estado del útero, en que se ve sembrado por una infinidad de núcleos pequeños, intersticiales ó pediculados, de tejido fibro-miomatoso.

El tejido que constituye estos tumores es por lo común blanco nacarado ó blanco gris; cruge al corte con el escalpelo. El corte no queda comprendido en un mismo plano, sino que las partes centrales emergen formando convexidades, como si fueran expulsadas por la presión de las zonas periféricas. Grandes núcleos de tejido fibro-miomatoso, separados por tabiques de tejidos sanos, se muestran, y en ocasiones, aunque raras, la masa que constituye el tumor es grande y única. (Fig. 16.)

Los fibromas están cubiertos por una cápsula de tejido uterino condensado, del cual los separa una capa de tejido celular flojo, en la que serpentean vasos y nervios.

Esta capa es tan floja algunas veces, que hace muy sencilla su enucleación, y aun se ha visto en las prácticas quirúrgicas, que, una vez dividida la cápsula, la masa neoplásica surge violentamente á impulso de la contracción uterina.

Los *fibro-miomas* sufren con cierta frecuencia la *degeneración gránulo-grasosa*, que aunque ataca los dos elementos, conjuntivo y muscular, se acentúa más en este último.

Las zonas atacadas por la degeneración, se reabsorben en parte; y de aquí la diminución de volumen del tumor. Se ha creído que esta circunstancia podría llegar hasta causar su desaparición.

En realidad, clínicamente, el tumor disminuye muchísimo; pero su existencia permanece igual. La transformación de elementos activos de reproducción, en tejidos no susceptibles de ella, y la pequeña destrucción de esos tejidos en el proceso, explican esta aparente desaparición de los fibro-miomas.

Algunos ginecólogos describen como otras metamorfosis regresivas, la *induración* y la *atrofia*. Estos hechos pueden considerarse como variantes de la *degeneración gránulo-grasosa*.

La *calcificación* de los fibromas parece ser frecuente. Se for-

1 Hunter American Journal of Obst. 1888. T. XXI, pág. 62.

man depósitos intersticiales é incrustaciones de sulfato, carbonato y fosfato de cal—que de preferencia atacan el tejido conjuntivo—ya sea en la periferia ó en el centro de estos neoplasmas.

Las sales mencionadas pueden formar grandes masas duras, resistentes al corte con la sierra; que privadas por maceración del tejido orgánico, se asemejan á piedras madrepóricas representando exactamente la forma del tumor.

Mucho se ha hablado de las *piedras uterinas* y de los *cálculos de la matriz*, que se han querido asemejar á los cálculos vesicales.

La *transformación quística*, puede presentarse en los fibro-miomas. En porciones limitadas de su masa, el tejido se ablanda, se liquida, y finalmente se reabsorbe, dejando cavidades más ó menos grandes, en las cuales no son raras las rupturas vasculares y las formaciones de *quistes hemáticos*. (Fig. 15.) Estos pueden adquirir proporciones notables y romperse espontáneamente, sea en la vagina como piensa WIRCHOW, ó en la cavidad del útero como opina TILLAUX.

Bajo el nombre de *fibro-miomas telangiectásicos ó cavernosos*, se describen algunos tumores en los cuales los capilares han sufrido una gran dilatación, se han anastomosado en todos sentidos, y han concluído por transformar el fibroma en una masa semejante á una esponja empapada en sangre.

Esta dilatación vascular puede realizarse en los linfáticos, y entonces los tumores se designan con el nombre de *fibro-miomas linfangiectásicos*.

Los *fibro-miomas* son susceptibles de *inflamarse*, *supurar*, y aun de *gangrenarse*.

Los traumatismos exteriores, algunas tentativas terapeúticas un poco violentas, la galvano-puntura ó las punciones exploradoras, facilitan la invasión de los gérmenes piogénicos, y la supuración invade prontamente todos los departamentos del tejido conjuntivo. Las masas fibro-miomatosas resisten bien á la supuración, que raras veces se colecta en grandes focos.

Por lo común, el tejido celular lleno de glóbulos purulentos, las perturbaciones vitales de los capilares y la enorme presión de los tejidos inflamados bajo la cápsula, dura é inextensible del tumor, hacen que este se gangrene rápidamente.

La gangrena puede presentarse también en los tumores de pedículo largo y estrecho por torsión ó desgarradura de éste.

Es un hecho perfectamente admitido hoy, que los fibro-miomas del útero pueden transformarse en otro género de neoplasia. La

existencia en ellos de un tejido embrionario lleno de actividad, explica estas transformaciones.

T. LEJARS, Profesor adjunto en la Escuela Médica de París, ha visto la transformación sarcomatosa de un fibro-mioma del endometrio, y yo he tenido oportunidad de observar esta degeneración en el pedículo de un enorme fibro-mioma peritoneal.

En cuanto á la pretendida transformación espontánea de un fibro-mioma en carcinoma, puede asegurarse que nunca se ha observado claramente. Los carcinomas son tumores de origen francamente epitelial, y no pueden desarrollarse sino á expensas de epitelios. Ahora bien, los fibro-miomas no encierran tejido epitelial en su constitución.

Más creible sería admitir la propagación á ellos, de carcinomas nacidos en otros tejidos cercanos. La asociación del epitelioma cervical con los fibro-miomas uterinos, sería bastante frecuente según POZZI.

Notables modificaciones se presentan en el tejido mismo del útero y en la mucosa, desde que el tumor alcanza un volumen considerable. El músculo uterino se hipertrofia considerablemente, y la matriz misma sufre en todas sus partes un aumento notable de volumen.

El alargamiento de la cavidad uterina constituye un buen signo para el diagnóstico de estos tumores.

Los signos de *endometritis, intersticial* y *glandular*, se observan con regularidad, y el desarrollo de fungosidades en la mucosa, es por desgracia frecuente.

Los fibro-miomas nacen siempre en el tejido propio del útero. Unos se desarrollan envueltos en su totalidad por el tejido uterino, *fibro-miomas intersticiales* (Figs. 9 y 10); otros hacen saliente en la cavidad uterina, debajo de la mucosa, *fibro-miomas submucosos;* (Fig. 11.) y otros tienden á desarrollarse hacia la cavidad del vientre, debajo del peritoneo, *fibro-miomas subperitoneales.* (Figs. 12 y 13.) Hay algunos, felizmente raros, que naciendo en los bordes laterales de la matriz, penetran entre las hojas de los ligamentos anchos y quedan incluidos en ellos; son los *fibro-miomas interligamentosos.* (Fig. 14.)

POZZI llama *cuerpos fibrosos pélvicos*, á los que naciendo de la porción supravaginal del cuello, se dirigen hacia el tejido celular de la pelvis. Cuando se desarrollan en la porción vaginal, se llaman *cuerpos fibrosos vaginales.*

CLINICA QUIRURGICA.

(La Histerectomia.)

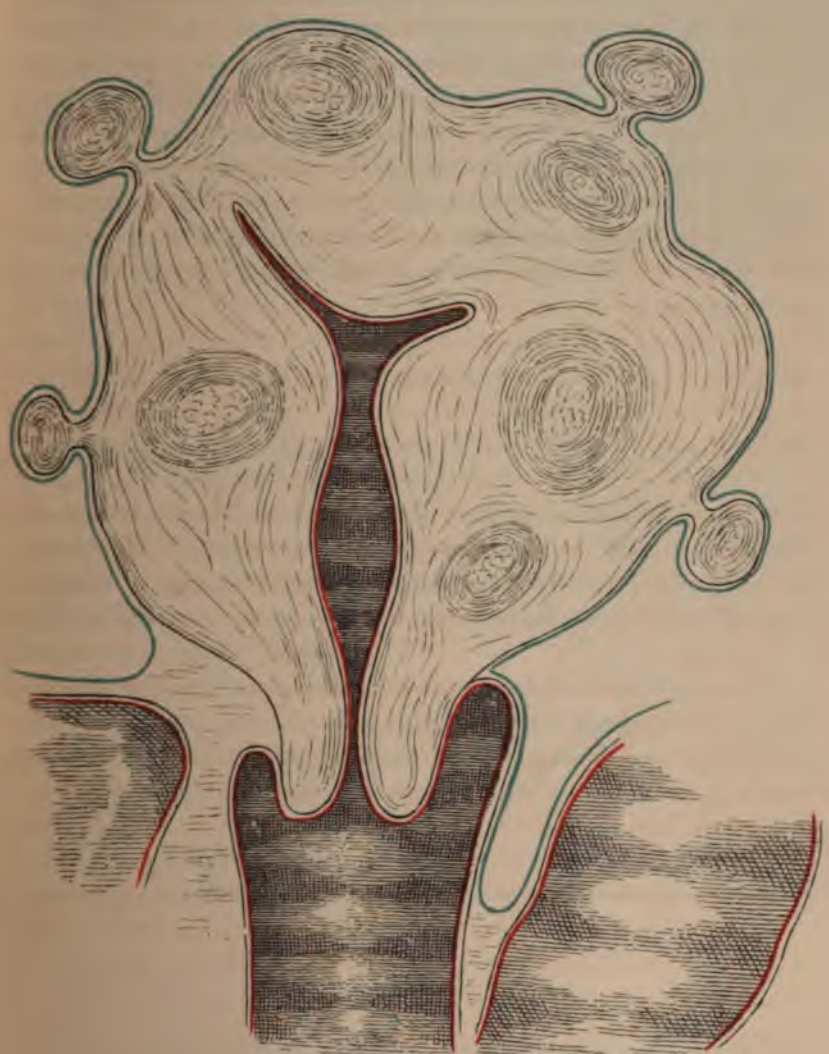


Fig. 16.—Fibro-mioma de la matriz, concomitante con un sarcoma voluminoso de la fosa iliaca derecha, operado por el Dr. Ricardo Suárez Gamboa. (Curación).

Lit del Timbre.

Dr. Suarez Gamboa

Cuando los fibro-miomas sub-peritoneales crecen demasiado se dirigen hacia las fosas iliacas, y encontrando allí un apoyo, al continuar creciendo levantan el útero y arrastran al mismo tiempo la vejiga. Debe tenerse siempre presente esta circunstancia, para no exponerse á herir el receptáculo de la orina cuando se practican las cœliotomías por fibromas voluminosos.

Los fibro-miomas submucosos suelen estar pediculados, y cuando sucede esto, se les da el nombre de *pólipos fibrosos*.

Los fibro-miomas intersticiales son frecuentemente múltiples; pero por lo regular sólo uno ó dos adquieren el mayor tamaño. Sus sitios más comunes son la pared posterior y el fondo del útero.

ETIOLOGÍA.

Verdaderamente no existe ningún dato preciso respecto á las causas histogénicas de los fibro-miomas. Las teorías más contradictorias y los resultados más opuestos, han sido la consecuencia de las investigaciones que se han emprendido en este sentido.[1] Los fibromas se presentan en todas las edades, aunque su máximum de frecuencia esté comprendido entre los treinta y cinco y los cuarenta años.

Se ha pretendido conceder cierta influencia á la raza negra, aunque no se ha demostrado nada sobre este particular. Lo mismo ha sucedido con la pretendida predisposición de las célibes.

La esterilidad es más bien consecuencia que causa de estos tumores.

Ultimamente PROCHOWIK ha hecho intervenir la sífilis como causa irritativa en la patogenesia de los fibro-miomas uterinos.

SÍNTOMAS.

A ejemplo de BONNET y PETIT, divido los síntomas en *subjetivos, funcionales y físicos*.

1 Los Señores LANDOUSY y GALIPPE, cultivaron durante el año de 1897 micrococus esféricos, que consideraron como elementos específicos del desarrollo de los fibromiomas. Estos análisis se verificaron en una época en la que las etiologías microbianas, pasando los límites de la moda, alcanzaron las fronteras del furor. Hoy, algo más calmado el entusiasmo de la idea *todo por y para los microbios*, los análisis se hacen más profundos y los juicios son más parcos. La teoría de los gérmenes específicos de los fibro-miomas ha sido abandonada enteramente; pero se acepta ya sin discusión que los fibromas uterinos se dejan invadir, sin resistencia, por todos los protozoarios que constituyen la *flora microbiana* de las endometritis.

SÍNTOMAS SUBJETIVOS Y FUNCIONALES.

Las *hemorragias* casi siempre son precoces. El escurrimiento menstrual puede aumentar en cantidad, sin aumentar en duración; ó por el contrario, durar diez, doce ó quince días, y aun poner á la mujer en un constante escurrimiento sanguíneo, dejándola apenas dos ó tres días libres entre cada escurrimiento catamenial.

Aunque estas hemorragias tengan el carácter de menorragias, con mucha facilidad un enfriamiento, una emoción violenta ó un traumatismo cualquiera, interrumpen los períodos de acalmia con abundantes metrorragias. Este estado lo designan las mujeres diciendo: *que constantemente se van en sangre.*

Estas hemorragias rara vez producen por sí solas la muerte; pero poco á poco conducen á las enfermas á un estado de agotamiento tal, que el cuadro conocido con el nombre de *marasmo* viene rápidamente á terminar la situación.

Se comprende desde luego que sea prematura la indicación para intervenir quirúrgicamente.

La *endometritis* concomitante se manifiesta casi siempre por *leucorrea* y accidentes *dismenorréicos*. Estos son más acentuados cuando el tumor se encuentra en las cercanías del cuello.

Se distingue esta *leucorrea* de la del cáncer, por su ausencia de olor y por su intermitencia.

Al mismo tiempo que ella sobreviene cierto escurrimiento abundante de un líquido sero-mucoso, límpido y aglutinante como solución de goma, al cual se da el nombre de *hidrorrea*. TRELAT ha llamado *miomas hidrorréicos* á los tumores que con más constancia producen este signo.

Los *dolores*, en los tumores subperitoneales é intersticiales son tan precoces como las hemorragias en los submucosos. Estos dolores son vagos, constantes, interrumpidos á veces por crisis neurálgicas de sitio no constante.

Por lo común se exacerban al aproximarse las reglas. Como quiera que los accesos de peritonitis circunscritas son frecuentes en los tumores subperitoneales, los dolores se acompañan entonces de los signos característicos de las peritonitis.

Cuando el tumor se desarrolla hacia la cavidad uterina, los dolores revisten caracteres de cólicos uterinos, siendo algunas veces

de extraordinaria intensidad. Si el tumor adquiere un gran volumen y comprime el cuello, los dolores toman todos los caracteres de los expulsivos en el parto; y como sucede que muchas veces los tumores de largo pedículo, después de haber atravesado el cuello uterino, vuelven á entrar en la cavidad de la matriz, esta clase de dolores pueden estarse reproduciendo durante un tiempo ilimitado. (Fig. 18.)

Cuando el tumor adquiere un gran volumen, además de los dolores debidos á la irritación del peritoneo y á las contracciones uterinas, produce *signos de compresión* en los órganos vecinos. Estos signos llegan á su máximum cuando el tumor se *enclava* en la pelvis.

Se llaman *tumores enclavados* aquellos que partiendo de la pequeña pelvis, tienden á dirigirse hacia la cavidad peritoneal, sin poder pasar libremente por el estrecho superior.

Los signos de compresión se presentan en el plexus sacro, bajo la forma de neuralgias ciáticas, lombares y glúteas.

La compresión de los vasos sanguíneos se traduce por el edema de los miembros inferiores y por accidentes hemorroidarios que algunas veces pueden tomar caracteres de verdadera gravedad.

La compresión de la vejiga es una de las consecuencias más graves de estos tumores. Puede presentarse de una manera lenta y progresiva, con todos los signos de una cistitis catarral.

Algunas veces los accidentes de retención de orina son repentinos, y en estos casos es muy difícil el diagnóstico.

Accidentes urémicos, lentos ó rápidos, complican casi siempre este estado. Los riñones, á consecuencia de la compresión que la orina detenida produce en los glomérulos, no tardan en sufrir lesiones tróficas.

Multitud de muertes ocurridas inmediatamente después de las histerectomías, por esta clase de tumores, se deben á las lesiones renales concomitantes.

La compresión de los ureteres, aunque análoga á la anterior, es más difícil de realizarse, pues que estos órganos, por su conformación cilíndrica, resisten y escapan mejor á las presiones. La hidronefrosis y la pielonefritis no serían raras en estos casos.

La compresión del recto es casi reglamentaria. Determina una constipación tenaz y rebelde á todo tratamiento que ocasiona, por la copremia consecutiva, accidentes graves de intoxicación.

Es raro que estos accidentes de compresión rectal lleguen hasta la oclusión completa. En este caso la muerte sería inevitable,

salvo la oportunidad de una intervención quirúrgica que rehiciera el curso de las materias fecales.

Se conocen observaciones en las cuales los fibro-miomas han perforado las paredes rectales ó vesicales y enviado prolongamientos al interior de estos órganos.[1]

La *ascitis* suele complicar los grandes fibromas, sobre todo cuando son muy vasculares y muy móviles. Parece reconocer diversos orígenes: irritación del peritoneo, lesiones cardio-renales, compresión de la vena porta, etc.

Cuando los fibro-miomas son invadidos por degeneraciones ó neoplasias de naturaleza maligna, la ascitis puede ser hemorrágica.

Las *lesiones de los anexos*, concomitantes á los fibro-miomas de la matriz son extraordinariamente importantes, y el ginecólogo nunca debe dejar de explorar las trompas y los ovarios, antes de cualquier tentativa de intervención. Por olvidar este precepto, que juzgo de capital importancia, perdí una de mis operadas de histerectomía. Durante mis maniobras de pediculización se desgarró un pio-salpinx desconocido, inundando de pus la cavidad de la pelvis.

La circunstancia de haber sido aquel neoplasma de gran volumen, y de haber sufrido un movimiento hacia atrás y hacia la izquierda, arrastrando y ocultando á la exploración los anexos izquierdos, dió lugar á que el citado pio-salpinx no pudiese ser diagnosticado antes de la operación.

Practicando esta misma operación en Orizaba, en una enferma de la Clínica particular de mi distinguido amigo y compañero el Dr. MIGUEL MENDIZÁBAL, me ví obligado á practicar la resección de un voluminoso hemato-salpinx izquierdo, antes de hacer la extirpación del útero.

Casi son de regla las lesiones de los anexos en esta clase de tumores. (Figs. 20 y 21.)

Tanto en el servicio de Clínica de mi eminente maestro el Dr. FRANCISCO DE P. CHACÓN, como en mi práctica ginecológica particular, siempre las he observado. No es la degeneración quística de los ovarios una de las menos frecuentes.

Sea que la propagación de la inflamacion ó de la septicidad del endometrio se extienda hasta los anexos, ó sea que las perturba-

1 En la sesión del 1º de Junio de 1896, ROTTIER presentó á la Sociedad de Cirugía de París, un fragmento de íleon perforado por un enorme tumor fibroso del útero.

Fig. 17.—Gran fibro-mioma uterino, extirpado por histerectomía. Pieza de mi Museo Ginecológico.

CURACION.

ciones tróficas del útero se hagan sentir en ellos de un modo bastante intenso, el hecho clínico es que las ooforo–salpingitis son extraordinariamente frecuentes en los casos de fibromas uterinos.

Aquí en México y todavía aun más, en nuestras costas, las lesiones pulmonares, y especialmente la tuberculosis, son frecuentes complicaciones de estos tumores.

Ultimamente he operado á dos señoras de histerectomía por fibro–miomas, y los pulmones de estas personas ofrecían signos clásicos de tuberculosis en el primer período.

La extraordinaria mejoría que determinó en ellas la supresión de sus focos de desperdicio orgánico, modificó tan felizmente el estado de sus pulmones, que curaron de su afección tuberculosa.

SIGNOS FÍSICOS.

Cuando el tumor es voluminoso y se ha desarrollado hacia el pubis, puede reconocerse fácilmente por las indicaciones del tacto: presenta un tamaño variable, es generalmente duro, en su superficie se perciben grandes salientes redondas, es indoloro y es más ó menos movible, según sus dimensiones. A la percusión da un sonido mate, al auscultarlo suelen percibirse frotes peritoneales, y en algunos lugares soplos muy suaves de origen francamente vascular.

Combinando el tacto vaginal con la palpación del vientre, se nota que el tumor forma parte del útero y que los movimientos del uno son seguidos exactamente por el otro. Falta esta última circunstancia cuando el tumor está unido al útero por un largo pedículo.

El tacto rectal permite sentir la consistencia dura del tumor, la regularidad de los contornos y su continuación con el cuerpo de la matriz.

La mayor parte de las veces, desde que se presenta alguna dificultad, el cirujano podrá recurrir á la anestesia general. La cloroformización permite unir al tacto vaginal ó rectal, el abatimiento forzado del cuello uterino, aumentando así la zona de exploración.

La dilatación del cuello de la matriz y la exploración directa de la cavidad uterina, facilitan el reconocimiento de los pólipos sub–mucosos.

La *histerometría* da grandes indicaciones: las dimensiones de

la cavidad uterina están notablemente aumentadas, alcanzando hasta diez, quince y aun veinte centímetros de longitud.

La cavidad aumenta también en anchura. Aplastada é irregular, con dificultades admite á veces la introducción del histerómetro metálico.

La maniobra de un modesto y sabio ginecólogo jalisciense, el Dr. ANTONIO ARIAS, Profesor de Obstetricia y Medicina operatoria en la Escuela de Guadalajara,[1] facilita mucho la mensuración histerométrica. Consiste dicha maniobra en introducir á la cavidad uterina, mediante una asepsia rigurosa, una sonda de goma negra, ó de preferencia una candelilla uretral, teniendo cuidado de cubrir una ú otra con polvo blanco é inerte Se prefiere el carbonato de magnesia.

Al hacer la introducción debe cuidarse que la candelilla ó sonda no frote contra las paredes del espejo. Una vez alcanzado el fondo de la matriz, lo que puede saberse tanto por la resistencia á la introducción de la sonda, como por la sensación peculiar de malestar que acusan las enfermas, se la retira cuidadosamente.

Toda la porción de sonda que penetra á la cavidad del endometrio, es negra; en tanto que el resto continúa blanco con el polvo de magnesia.

Esta pequeña modificación al método clásico de la pinza, facilita de un modo notable la histerometría y la hace completamente inofensiva.

Si se trata de un pólipo intra-uterino, la introducción del dedo á la cavidad permite sentir una masa dura, lisa y unida por un punto con la pared interna del útero.

Cuando el pólipo ha descendido á la vagina y que su volumen no es de grandes dimensiones, puede estudiarse la mayor ó menor altura de su inserción, contorneando el pedículo con el dedo. Hay casos en los cuales el tumor crece tanto, que puede llenar completamente la vagina y hacer difíciles, si no imposibles, las maniobras de exploración.

Un fibro-mioma desarrollado en el cuello, hipertrofia de un modo extraordinario el labio correspondiente. En cambio el labio opuesto queda pequeño, delgado y aplastado, é imprime al orificio cervical una forma semilunar.

1 Estando en prensa este libro supe la muerte reciente dél Dr. ARIAS. La Facultad de Medicina de Guadalajara ha perdido un miembro distinguido y el Cuerpo Médico Mexicano un colaborador valiosísimo.

DIAGNÓSTICO.

La existencia de los fibro-miomas generalmente es fácil de comprobar, siempre que el tumor tenga regulares dimensiones. La presencia de un tumor duro, mediano, indoloro ó poco doloroso á la presión, en conexión íntima con el útero y acompañado del cuadro general de los signos subjetivos que he descrito, constituye una poderosa presunción en favor de los fibromas uterinos.

Pero cuando el tumor principia, cuando los núcleos fibrosos son pequeños é intersticiales, el diagnóstico es muy difícil, si no imposible. Las enfermas se quejan de dolores uterinos y de hemorragias abundantes, cuando el útero apenas está aumentado de volumen. Se comprende que sea imposible evitar vacilaciones entre una *metritis parenquimatosa*, una *endometritis hemorrágica* y un *fibro-mioma incipiente*. Cuando los fibro-miomas son submucosos, la naturaleza de los dolores recuerda el carácter expulsivo de los del parto; pero este detalle es muy difícil de apreciar prácticamente.

La histerometría da resultados verdaderamente positivos, pues desde que la cavidad uterina alcanza una longitud de diez centímetros, debe sospecharse la existencia de los fibro-miomas. Ciertamente que en casos de *hipertrofia supra vaginal del cuello*, la mensuración del endometrio acusa un crecimiento extraordinario; pero la ausencia de los signos físicos y funcionales que pudieran traer la sospecha de un fibroma, aclara las dificultades.

Por extraordinario que parezca, la confusión de los fibro-miomas con la preñez, es fácil, y yo la he visto realizarse en la Clínica de habilísimos maestros. He visto también una enferma en la cual el diagnóstico de fibro-miomas se impuso por todos los signos racionales del tumor. Los dolores, la situación del tumor, su forma y la marcha de él, que se observó por espacio de más de cuarenta días, así como las hemorragias y todos los signos subjetivos justificaban la sospecha de un fibro-mioma uterino. No se practicó la histerometría, porque en algunos de los Médicos que vieron á la citada enferma surgió, aunque vagamente, la idea de la posibilidad de un embarazo intra-uterino, coincidiendo con una neoplasia del cuerpo del útero.

Como el estado general de la enferma iba agravándose cada

día, y las presunciones en favor de la existencia de un fibro-mioma uterino se robustecían más y más, nos decidimos á practicar la cœliotomía exploradora, con la intención de hacer la histerectomía, si existiese tal indicación.

Practicada la incisión abdominal, encontramos una preñez fisiológica, y algunos pequeños núcleos fibro-miomatosos como del tamaño de un guisante, en las paredes del útero. En el ovario derecho había un quiste muy pequeño, unido á la glándula por un largo pedículo que facilitó su extracción.

Las consecuencias operatorias fueron insignificantes; el embarazo continuó su marcha regular, y cesaron por completo los fenómenos de irritación uterina.[1]

Se comprende que sea muy difícil la confusión entre la preñez normal y los fibro-miomas, en circunstancias avanzadas de la concepción, cuando se manifiestan los signos fetales y los maternos son regulares. Pero en los primeros tiempos, y sobre todo en las manifestaciones anómalas del útero grávido, la diferenciación en el diagnóstico suele ofrecer dificultades.

No hay que olvidar que la histerometría en estos casos ocasiona trastornos irreparables.

No ha mucho tiempo vino á mí, recomendada por un compañero cuyos conocimientos lo hacen respetable en todos sentidos, con objeto de hacerse operar un tumor del vientre, una señorita perteneciente á una familia acomodada del interior de la República.

La circunstancia de ser una señorita soltera, joven y de buena posición social, impidió quizás á nuestro colega manifestar claramente su opinión; y trajo de su pueblo de residencia, el diagnóstico de *fibro-miomas* uterinos.

Atendida dicha señorita en mi Clínica particular y estudiado el caso con toda escrupulosidad, comprobé la existencia, no de un tumor, sino de un embarazo normal en perfecta evolución y del quinto al sexto mes de existencia.

Pero si el diagnóstico con la preñez normal es frecuentemente difícil, con la *preñez extra-uterina* puede ser imposible. Sólo la evolución, y á veces ni aun ésta, permite la formación de un criterio justo.

1 Algunos meses después esta enferma dió á luz un niño perfectamente sano, que vive actualmente tan bien como la madre. Lo más curioso de esta observación es que todos los fenómenos que obscurecían la preñez, cesaron inmediatamente después de realizada la laparotomía.

CLINICA QUIRURGICA.

(La Histerectomia.)

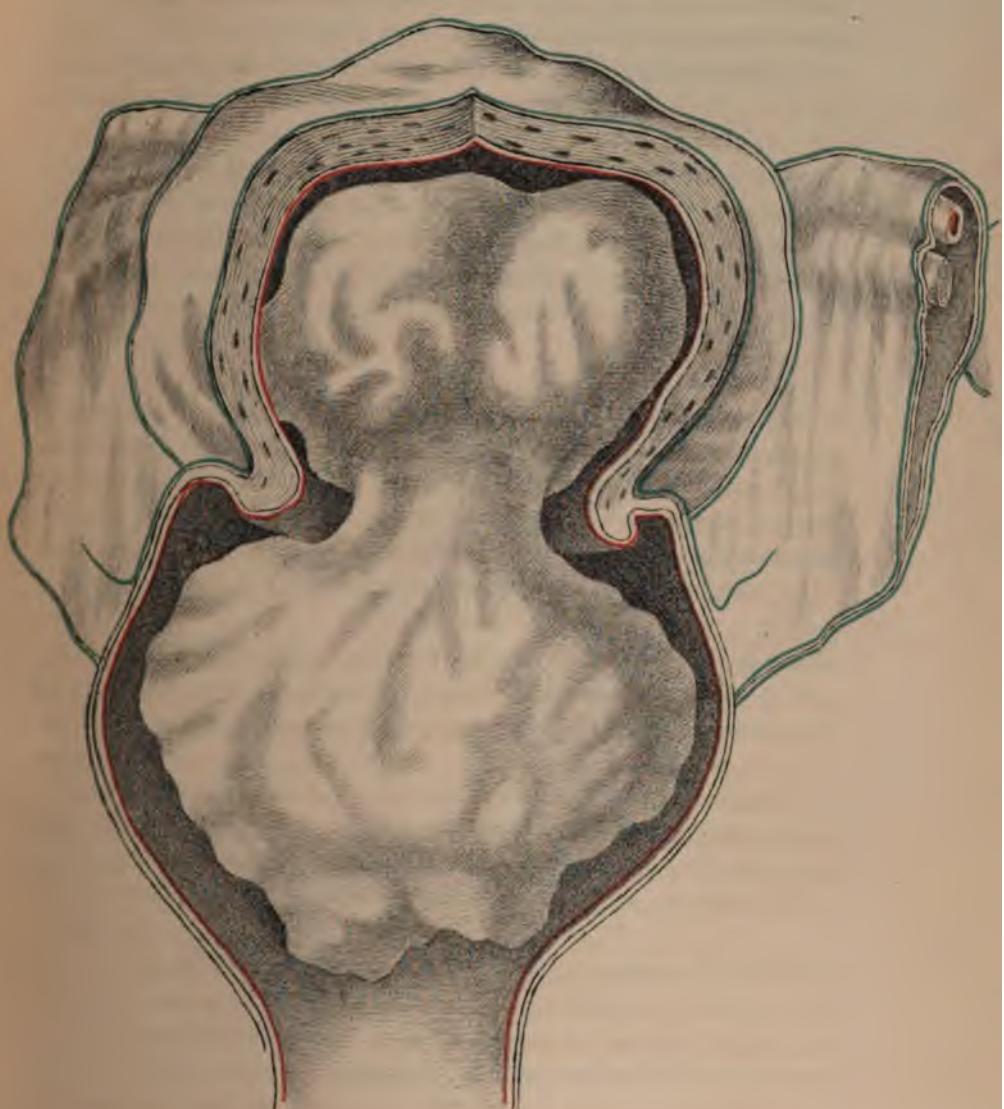


Fig. 18.—Tumor fibroso del útero, vuelto vaginal, operado con éxito por el Dr. Ricardo Suárez Gamboa.

Lit. del Timbre.

Dr. Suarez Gamboa

Si el feto está vivo, si los signos embrionarios son claros y no dan lugar á duda, es seguro que si se padece un error, puede deberse este á una falta de exploración seria y cuidadosa; pero si el producto está muerto, si se endurece, petrifica, ó sufre fenómenos de putrefacción y determina accidentes inflamatorios, es evidente que el diagnóstico es casi imposible.

Cuando los fibro-miomas tienen una evolución francamente abdominal, es frecuente su confusión con los *quistes del ovario*. Muy particularmente los cisto-fibro-miomas son de tal manera análogos á los quistes ováricos, que es inevitable su confusión y sólo á extraordinarias casualidades se deben los éxitos de diagnóstico en estos casos.

Los fibro-miomas blandos y los *fibro-sarcomas* se prestan también á errores de diagnóstico: á este propósito citaré un fibro-sarcoma de la fosa iliaca derecha, que extirpé con éxito completo sacrificando partes de la vejiga y los anexos del mismo lado. La enferma portadora de dicho tumor era una señora de Tepic, que vino á mí con diagnóstico de quiste del ovario.

La confusión con los *tumores sólidos del ovario* es imposible de evitarse en ciertos casos. Cuando son móviles sobre el útero, se les puede tomar por fibro-miomas sub-peritoneales pediculados.

Pero cuando son adherentes al útero y cuando su volumen se percibe fácilmente por el tacto vaginal, puede encontrarse un ligero surco entre el neoplasma y el útero, notándose desde luego que este último no ha sufrido modificación en su estructura.

Más rara es la confusión de los fibro-miomas con las *salpingitis*. En estas últimas, la fiebre y la sensibilidad exquisita á la presión, son buenos signos de diagnóstico. Ya hemos visto la frecuencia de las lesiones salpingíticas concomitantes á los fibro-miomas.

Se han llegado á confundir los fibro-miomas con los *exudados pélvicos orgánicos*, consecutivos á flegmones, peritonitis, hematoceles, etc.

Quizás las curaciones de casos análogos á estos, sean las que se hayan tomado por fibro-miomas curados con el tratamiento médico, la electrolisis, etc.

Un examen cuidadoso y una interpretación justa y metódica de los síntomas, podrán evitar este error.

Los fibro-miomas gangrenados en vía de eliminación pueden tomarse por un *cáncer de la matriz:* el examen histológico prevendrá el error.

Las *molas uterinas* podrán imponerse por una neoplasia orgánica: los signos iniciales claros de embarazo, la terminación brusca de éstos después de algunos meses de evolución, y la expulsión durante el período de hemorragias, de fragmentos membranosos, placentarios ó caducos, facilitan notablemente el diagnóstico.

Sin embargo, no faltan dificultades que algunas veces embrollan extraordinariamente el diagnóstico.

En compañía de mi ilustrado amigo el Dr. ANGEL RODRÍGUEZ observé hace poco, en mi servicio del Hospital Morelos, un caso difícil que nos hizo errar completamente el diagnóstico. Se trataba de una mujer, María N., quien había sufrido por algún tiempo accidentes metríticos. Repentinamente noto que su vientre estaba ocupado por un tumor duro, mediano é indolente.

El cuello de la matriz, que estaba desgarrado, muy abierto y ulcerado, daba paso á una leucorrea purulenta muy abundante. Los períodos menstruales eran menorrágicos y prolongados.

Nunca había tenido hijos, ni presentaba signo alguno de embarazo.

Llegamos á meditar en la necesidad de una intervención más formal, dada la circunstancia de que comenzaba á imponérsenos el diagnóstico de fibro-miomas uterinos.

Una noche abortó la citada mujer un producto muerto y macerado, con dos vueltas del cordón umbilical en el cuello.

La *hematometría* merece citarse únicamente como causa rara de error. La presencia del himen imperforado, la ausencia de escurrimiento catamenial, y la serie de trastornos correspondiendo á las épocas menstruales, traen desde luego á la mente el origen del tumor.

La *hidrometría* es una afección extraordinariamente rara. El tumor puede ser fluctuante ó no; los signos estetoscópicos faltan absolutamente, y no se encuentra ningún movimiento en él. Las reglas se suspenden y el orificio cérvico uterino se obstruye por

completo. Tarde ó temprano la salida de una gran cantidad de líquido termina con el tumor.

El *hidramnios:* la confusión es difícil. Sin embargo, hay que temer su posibilidad, y no debe olvidarse que los signos de preñez tienen aquí una importancia capital.

Las *retenciones placentarias parciales* no causarán error sino á un clínico novicio: los anamnésticos y los signos generales evitan equivocaciones.

Tócame señalar ahora una gravísima causa de error de la cual una vez fuí víctima y cuya gran importancia me impulsó á presentarla ante el Congreso Médico Pan-Americano, recientemente celebrado en esta capital.

Una mujer se presentó á mí, en Veracruz, consultándome acerca de un padecimiento que la torturaba. Dicha mujer era portadora de un tumor que tenía su sitio en el hipogastrio. Mate, muy duro y poco doloroso, se acompañaba de signos vesicales y rectales intensos.

Un prolapsus uterino completo, acompañado de grandes y frecuentes hemorragias del endometrio, complicaba la situación. Se veía salir perfectamente la sangre al través del orificio cervical del órgano prolabado.

Las dos piernas estaban completamente edematosas; los movimientos del tumor, que parecía poco adherido, se comunicaban, aunque no de un modo franco, al útero. El prolapsus era irreducible.

El estado general muy malo: la enferma ya no abandonaba la cama, y algunos signos estetoscópicos invadían el pulmón derecho.

Yo creí que se trataba de un fibro-mioma uterino subperitoneal, que había expulsado el útero, enclavándose en la pelvis.

Mis sabios amigos y compañeros los Dres. Arcadio T. Ojeda, Manuel M. Macías y Carlos Manuel García, estuvieron acordes con mi modo de pensar y justificaron también, conmigo, la urgente necesidad de practicar la histerectomía.

En la cœliotomía, pude convencerme de la naturaleza inesperada del supuesto tumor. Era el hígado completamente caído en la pelvis.

Tuve que practicar la hepatopexia, y pude reducir el prolapsus fijando el útero á la pared abdominal, por mi procedimiento de decorticación parcial.

La enferma curó, y á los diez y ocho meses de operada sucumbió por tuberculosis pulmonar, no obstante el tenaz empeño que tuvo por salvarla el Dr. CARLOS M. GARCIA.

No conozco otro caso de hepatoptosis completa que se haya confundido con un fibro-mioma uterino.

PRONÓSTICO Y COMPLICACIONES.

Es indudable que no mueren todas las enfermas portadoras de fibro-miomas. Hay algunas que viven muchos años, á pesar de tener un enorme tumor de esta naturaleza.

Conozco una señora que lleva treinta años de sufrir una afección semejante, y su vida es perfectamente soportable.

Sin embargo, suele acontecer que la cantidad, dimensiones, dureza y variabilidad de sitio de los núcleos fibro-miomatosos, originen accidentes graves y mortales: *uremia*, *estercoremia*, *embolias*, etc.

La *peritonitis*, la *septicemia*, las *desgarraduras uterinas* y las *intoxicaciones* son complicaciones frecuentes.

Las *cardiopatías*, *renales ó pulmonares*, las *flebitis* y sus *procesos coagulantes*, no son raras; como tampoco lo es la *tuberculosis pulmonar*.

En nuestras costas, la tuberculosis pulmonar es un fin común á las caquexias uterinas en general.

La *preñez* y el *parto*, con frecuencia son focos de graves peligros y de abundantes indicaciones para la intervención del cirujano.

Se conocen casos de curaciones de fibro-miomas consecutivas al parto; pero desgraciadamente esto es excepcional.

Lo contrario es más común: los fibro-miomas son causa frecuente de distocia. Los abortos tampoco son raros.

TRATAMIENTO.

Los fibromas uterinos están comprendidos en la gran ley que rige el tratamiento de todos los neoplasmas: la extirpación precoz y total del tumor. No hay actualmente recurso médico capaz de disolver un tumor, y el tratamiento de todos es esencialmente quirúrgico.

CLINICA QUIRURGICA.

(La Histerectomia.)

Fig. 19.—Fibro-mioma uterino y absceso del ovario derecho

CURACION

Lit del Timbre

Dr. Suarez Gamboa

Sin embargo, como método de excepción ó por indicación particular, el Cirujano puede no recurrir al tratamiento quirúrgico en los fibro-miomas uterinos y limitar su acción á prevenir complicaciones, á suavizar síntomas, ó á procurar que la vida de la enferma sea más ó menos tolerante con su tumor abdominal.

El estudio de estos recursos, *curativos* ó *paliativos*, nos enseñará los elementos con que contamos para el tratamiento de los fibro-miomas uterinos, y nos permitirá ordenar nuestro juicio sobre las indicaciones de Clínica terapéutica.

Para conseguir esto, revisaremos:

A. Los recursos de terapéutica médica.
B. El tratamiento clínico.

A.—Recursos de Terapéutica Médica.

Estos recursos pueden agruparse en dos divisiones, según sea el fin del médico tratante.

a. Recursos de expectación.
b. Recursos de curación.

Examinémosles separadamente, á fin de valorizar sus ventajas y precisar las indicaciones en su oportunidad.

a.—Recursos de expectación.

TRATAMIENTO DE LAS HEMORRAGIAS.—En este parágrafo hay que considerar los medicamentos que se emplean casi indiferentemente para combatir toda clase de hemorragias, sean donde fueren, y los que encuentran esencialmente su indicación en las hemorragias uterinas.

Los primeros, más numerosos, comprenden desde luego todos los astringentes. El *alumbre*, que tanto se usó antiguamente como medicamento interno, está hoy casi abandonado como tal. El *ácido sulfúrico*, el *extracto de crameria*, el *ácido tánico*, el *percloruro de hierro*, etc., etc., son comunmente más usados. La *digital*, el *opio*, el *sulfato de quinina*, son medicamentos empleados últimamente por algunos autores europeos, contra las hemorragias.

Los segundos, cuya acción se dirige más particularmente á la fibra muscular uterina, están constituidos por el *cuernecillo de centeno* y sus derivados, *ergotina* y *ergotinina;* por el *hidrastis canadensis* y la *hidrastinina* (clorhidrato); por el *hamamelis virgínica;* por la *stipticina*, etc., etc. Entre nosotros existe la *commelina tuberosa*, muy preconizada contra las metrorragias, y cuya acción directa sobre la fibra muscular del útero, ha sido comprobada por nuestro maestro el Dr. M. Toussaint.

Tratamiento del dolor.—No obstante ser poco dolorosos los fibro-miomas uterinos, suele suceder que por lesión anexial concomitante, por pequeños episodios peritonfíticos, por compresiones en los plexus nerviosos de la pelvis, ó por accidentes peculiares de su inervación, ocasionen dolores y crisis neurálgicas de extrordinaria intensidad.

La *reducción* del neoplasma si está enclavado, los *supositorios narcóticos* si no hay trastornos mecánicos, y como último recurso las *inyecciones de morfina*, aliviarán los sufrimientos de la enferma.

Algunas veces suele procurar acentuado alivio el empleo de una *faja hipogástrica* que levante ligeramente el tumor.

Los dolores se exacerban durante los períodos menstruales, haciendo necesario que la enferma permanezca varios días acostada en su cama y en una quietud absoluta.

Tratamiento de la constipación.—Puede decirse que la constipación es de regla en todos los casos de fibromas uterinos; pero en algunos puede alcanzar grandes proporciones y simular verdaderas oclusiones intestinales.

El empleo de los purgantes suaves, *aceite de ricino*, *calomel*, *aguas minerales*, etc., es de una necesidad constante. Las lavativas purgantes también están indicadas, haciéndose preciso algunas veces, aplicarlas por medio de una sonda esofagiana, introducida por el recto y llevada hasta pasar el límite superior del tumor y del estrechamiento del intestino.

El régimen dietético puede tener mucha importancia para modificar esta constipación.

Tratamiento de los accidentes uretero-renales.—Dieta rigurosa de leche, reposo, derivativos, sangría con ó sin lavado de la sangre, etc., etc. *Extirpación rápida é inmediata del neoplasma.*

b.—Recursos de curación.

Ya hemos dicho que no existe medicamento capaz de curar, es decir, de *disolver* ninguna clase de neoplasmas.

Sin embargo, algunas regresiones espontáneas de los fibromiomas—*yo nunca he visto una*—y los frecuentes errores de diagnóstico, han dado cierta boga transitoria á varios medicamentos, como capaces de disolver esta clase de tumores.

Se ha hablado del *arsénico*, del *fósforo*, del *yoduro de potasio*, del *mercurio*, etc.; pero el clínico haría muy bien en no fiarse de estos pretendidos *disolventes* de los neoplasmas.

HILDEBRANDT concibió la idea de procurar un estado constante de contracción vascular en la circulación uterina, á fin de procurar la regresión y la atrofia de estos tumores. Nunca llegó á demostrar la posibilidad de esta hipótesis, y su método no cuenta ya partidarios en la actualidad.

El tratamiento *hidro-mineral* cuenta con algunas mejorías, pero sus resultados son inciertos y no merecen confianza.

B.—Tratamiento clínico.

Según que se limite á modificar los accidentes del tumor y sus complicaciones, ó que suprima totalmente el neoplasma, se subdivide en:

a. Tratamiento clínico paliativo.
b. Tratamiento clínico radical.

Estos á su vez comprenden:

a.—Tratamiento clínico paliativo.

I. Raspa uterina. (*Curettage.*)
II. Cauterización.
III. Dilatación cervical.
IV. Electrolisis.
V. Ovariotomía bilateral.
VI. Ligaduras atrofiantes.
VII. Laparo-histeropexia.
VIII. Laparotomía simple.

b.—Tratamiento clínico radical.

I. Operaciones por la vagina:

1º Ablación de pólipos.
2º Enucleación vaginal.
3º Despedazamiento. (*Morcellement.*)
4º Histerectomía vaginal.

II. Operaciones por el abdomen:

1º Miomectomía.
2º Enucleación abdominal.
3º Histerectomía abdominal.

Estudiemos uno á uno estos recursos clínicos.

a.—Tratamiento clínico paliativo.

I. RASPA UTERINA.—Es un buen medio de intervenir, cuando las alteraciones del endo-metrio unen sus tendencias hemorrágicas á las del tumor. Bajo su influencia, la endometritis concomitante se modifica, y las pérdidas sanguíneas se atenúan.

Cuídese mucho, sin embargo, de no recurrir á ella en casos de fibro-miomas sub-mucosos que hagan saliente en la cavidad uterina, pues la inflamación y la gangrena del neoplasma podrían ser las consecuencias. Yo he observado un caso de esta naturaleza, que me impresionó profundamente. He visto también un caso de fibro-mioma uterino sub-mucoso, que evolucionó como un epitelíoma después de una serie de raspas en la mucosa de la cavidad.

II. CAUTERIZACIÓN.—Sus resultados son análogos á los del *curettage:* modifica los fenómenos de la endometritis. Se la obtiene introduciendo en la cavidad uterina pequeños cilindros de pasta de *cloruro de zinc*, ó recorriendo toda la mucosa con tapones embebidos en solución glicerinada de *creosota* al tercio, ó en *tintura de yodo* pura.

III. DILATACIÓN CERVICAL.—La dilatación del cuello uterino, con ó sin discisión bilateral, se ha ensayado también contra los accidentes inflamatorios del endometrio, facilitando la evacua-

CLINICA QUIRURGICA.

(La Histerectomia.)

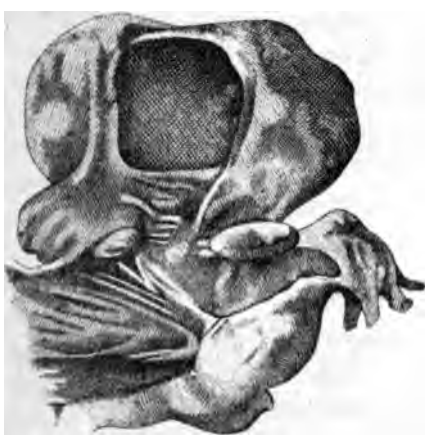


Fig. 20.--Absceso del ovario, consecutivo á una salpingo-ovaritis, complicando un fibro-mioma uterino, operado por el Dr. Ricardo Suárez Gamboa, en compañía del Dr. Miguel Mendizábal, de Orizaba. (Curación).

Lit. del Timbre. Dr. Suarez Gamboa

ción de los productos de secreción mucosa. Resultados análogos á la anterior.

IV. ELECTROLISIS.—La electroterapia se aplica desde hace algún tiempo al tratamiento de los fibro-miomas uterinos, y actualmente parece ofrecer beneficios á las enfermas.

Como método paliativo, la electrolisis es excelente: calma los dolores, amengua las hemorragias, y aun parece ocasionar cierto grado de regresión en la marcha del neoplasma. Pero no tiene las condiciones de los métodos radicales, y confiar en la curación de los miomas uterinos por medio de las corrientes eléctricas, es exponerse á un fracaso.

El método electrolítico no deja de ofrecer sus riesgos, y DELBET, en una estadística de 659 casos de miomas uterinos tratados por la electricidad, encontró 17 muertos: es una mortalidad de 3 por 100 aproximadamente.

El tratamiento eléctrico se recomienda muy particularmente en aquellas enfermas que por un motivo ó por otro, se resisten á sufrir el tratamiento radical.

V. OVARIOTOMÍA BILATERAL.—Fué LAWSON TAIT, el gran cirujano inglés, quien impresionado por la frecuencia de las anexitis en los fibro-miomas, concibió la idea de tratar estos neoplasmas por la castración. HEGAR y BATTEY fueron sus principales vulgarizadores.

La castración tuvo su época de esplendor, cuando las histerectomías estaban aún poco perfeccionadas, y su mortalidad era muy elevada. Hoy se la considera muy secundariamente y no tardará en ser abandonada.

Ciertamente que las hemorragias parecen disminuir después de la castración, y que esta menopausa artificial hace un eco favorable sobre la evolución del tumor; pero el neoplasma persiste, sus accidentes, continúan, y en la mayoría de las veces su crecimiento no cesa. Los riesgos operatorios de la castración ovárica, que sólo procura una mejoría transitoria, están, con poca diferencia, á la altura de los de la castración total (utero-ovárica) que efectúa una curación definitiva.

VI. LIGADURAS ATROFIANTES.—Suprimiendo la circulación arterial en los neoplasmas inoperables, algunos autores han pretendido destruir la vitalidad de las masas neoformadas, ó por lo menos amortiguar su rapidez de evolución.

Este modo de ver la nutrición de los neoplasmas, que á primera vista parece justo con su aptitud formatriz, no ha encontrado confirmación en la Clínica, y las ligaduras atrofiantes se consideran paliativos enteramente excepcionales.

VII. LÁPARO-HISTEROPEXIA.—En los tumores fibrosos enclavados en la pelvis y ocasionando trastornos graves de compresión, se puede, al ejemplo de POZZI, hacer cesar esta compresión elevando fuertemente el tumor hacia el abdomen, y fijándole en esta nueva posición por medio de suturas, contra la pared abdominal.

La misma conducta podría seguirse en los casos de oclusión del recto por fibromas voluminosos. Sin embargo, aquí podría estar indicado con más urgencia, el *ano contra-natura*.

VIII. LAPAROTOMÍA SIMPLE.—Muy lejos de mi ánimo está preconizar la incisión abdominal, como un *tratamiento* paliativo de los fibro-miomas; pero son tan numerosos los hechos de regresión de estos tumores después de las laparotomías, que está el Cirujano enteramente autorizado á practicar por ellos la *laparotomía exploradora*.

Salvo circunstancias dependientes del estado general de la paciente, antes de asentar la inoperabilidad de un fibro-mioma, es útil recurrir á la exploración directa de él.

Bajo la acción del aire y de la luz, se ve la serosa que cubre el tumor, congestionarse vivamente y aun producirse pequeñas hemorragias en su tejido propio, por rupturas capilares. La inervación íntima del neoplasma debe también sufrir enérgicamente con las manipulaciones y contactos nuevos y desconocidos que sufren las radículas nerviosas del peritoneo.

El vientre vuelto á cerrarse, oculta los nuevos procesos que se verifican en la masa del tumor y en su serosa; pero á medida que transcurre el tiempo, el neoplasma disminuye de volumen, las hemorragias escasean y los dolores se amortiguan.

La acción del aire y de la luz sobre el peritoneo, es aún desconocida para nosotros; pero es indudable que en ciertas circunstancias parece poseer cualidades *terapéuticas*.[1]

Este resultado benéfico no es constante, por desgracia. Las

1 Mi buen amigo, el Dr. FELIPE RUIZ ESPARZA, con su imaginación poética y su pintoresco lenguaje, propone que á estas laparotomías curativas se las designen en terapéutica quirúrgica: *asoleo del peritoneo*.

laparotomías exploradoras deben únicamente ofrecer esperanzas de alivio; pero nunca podrán erigirse en tratamiento de los fibro-miomas.

Tratamiento clínico radical.

I.—OPERACIONES POR LA VAGINA.

1º ABLACIÓN DE PÓLIPOS.—Cuando el pedículo está al alcance del operador, la amputación de los fibro-miomas polipiformes por lo general es fácil. En estos casos, el arrancamiento de su inserción ó el corte del pedículo no ofrece dificultades.

Si el volumen del tumor es muy grande, se hace preciso abrir la cavidad uterina practicando la incisión bilateral del cuello.

Cuando las dimensiones del pólipo son exageradas, algunos operadores han recurrido á la vía transperitoneal, haciendo una verdadera *operación cesárea*.

2º ENUCLEACIÓN VAGINAL.—Cortar la mucosa uterina sobre el mioma, desgarrar las conexiones celulosas de éste con el útero y arrancar el neoplasma de la cavidad que se formó en el tejido propio del órgano, son los diversos tiempos que constituyen la *enucleación de los fibromas, ú operación de Amussat*.

La indicación principal de la enucleación estriba en la existencia de un tumor único, pequeño y bien encapsulado.

Con el método aséptico moderno, da un 100 por 100 de curaciones.

3º DESPEDAZAMIENTO (MORCELLEMENT).—Procedimiento que consiste en fraccionar el tumor por medio de cortes verificados en su masa, á fin de disminuir su volumen y poder practicar la enucleación de él, ó su amputación sobre el pedículo.

La operación se divide en cuatro tiempos:

1º Liberación vaginal del cuello.
2º Sección del cuello y del útero, hasta el tumor.
3º Despedazamiento del tumor.
4º Excisión ó sutura de los colgajos cervicales.

El sólo enunciado de estos tiempos implica su descripción, y considero inútil insistir en estos procedimientos, perfectamente conocidos.

Los fibromas sangran muy poco al corte, y la operación casi no daría sangre si no fuese por la incisión del cuello uterino, que suele causar una hemorragia abundante.

4º HISTERECTOMÍA VAGINAL.—Véase el capítulo titulado *Manual Operatorio.*

II.—OPERACIONES POR EL ABDOMEN.

1º MIOMECTOMÍA.—Los tumores sub-peritoneales pediculados, se operan muy fácilmente. Basta una fuerte ligadura en la inserción uterina del pedículo, la sección de éste, y la cauterización del plano de sección. Esta sencilla operación se conoce bajo el nombre de *miomectomía.*

2º ENUCLEACIÓN ABDOMINAL.—Cuando el fibroma no es pediculado, sino *sésil*, se divide su cápsula, se desgarran sus conexiones conjuntivas con el resto del órgano, y se arranca el neoplasma. Se sutura la incisión desde el fondo, ó se canaliza por la vagina.

3º HISTERECTOMÍA ABDOMINAL.—Véase *Manual Operatorio.*

DISCUSIÓN CLÍNICA.

¿La existencia de los fibro-miomas uterinos constituye por sí sola y directamente una amenaza para la vida? *Sí, en la gran mayoría de las veces.*

La opinión clásica de que los fibro-miomas son tumores *benignos*, no tiene razón de ser clínicamente; apenas si podría demostrarse histológicamente, por la invariabilidad de sus elementos adultos. Neoplasmas que crecen constantemente, que comprimen órganos importantes, que vacían el aparato vascular y que ocasionan la muerte por sus complicaciones, no pueden considerarse como benignos.

Sin representar como los carcinomas un decreto fatal de muerte, los fibro-miomas constituyen una amenaza constante para la vida, y deben en consecuencia ser operados con prontitud. Regla general: *Todo tumor fibroso del útero, debe ser operado.*

CLINICA QUIRURGICA.

(La Histerectomia.)

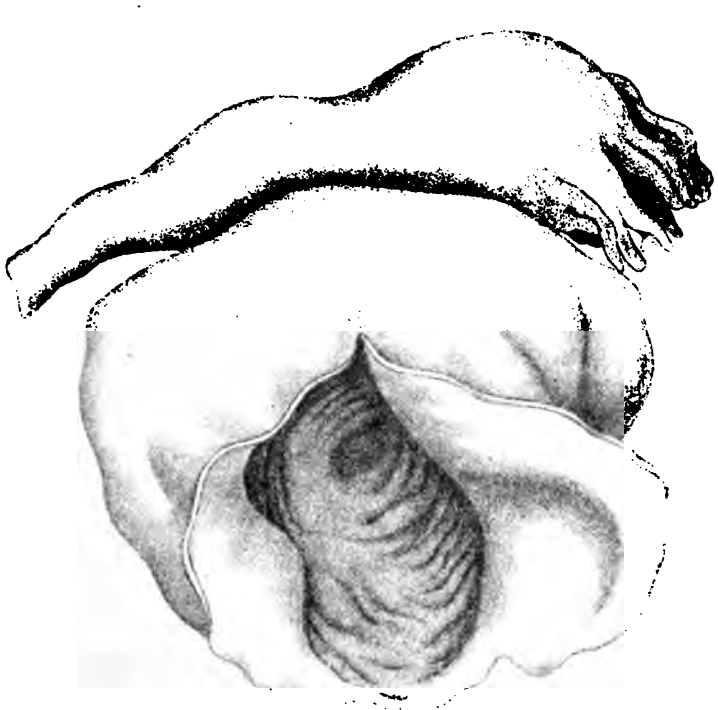


Fig. 21.—Salpingo-ovaritis supurada consecutiva á la necrosis de fibro-miomas, extirpada por la histerectomía. Dr. Suárez Gamboa. (Muerte por septicemia peritoneal).

Lit. del Timbre.

Dr. Suarez Gamboa

Esta máxima terapéutica tiene únicamente dos excepciones: en las mujeres que están próximas á la menopausa ó que han llegado ya á ella, cuando el tumor *no duele, no sangra, no comprime y no crece;* y en aquellas mujeres que aun en la época genital, su posición social les permite durar largos períodos en la cama, y su tumor *no crece, sangra poco, no comprime y sus molestias son pequeñas.* En estas últimas se puede no operar; pero no se prometerá no operar en el futuro.

No se trata actualmente en la Clínica ginecológica, si los fibromiomas deben operarse ó no; ahora los estudios y la discusión del clínico se dirigen á buscar qué enfermas deben operarse, cuáles recibirán el tratamiento paliativo y qué condiciones deben reunirse para requerir tal ó cual operación.

Desde luego surge á la mente, que ciertos estados generales malos, constituyen una contra-indicación á las operaciones graves; así, no se intentará una histerectomía ó una enucleación con despedazamiento, pongo por ejemplo, en una enferma *diabética, albuminúrica grave, cardiaca avanzada, tuberculosa, héctica,* etc., etc. En estos casos, la intervención ofrecería peligros muy grandes, y apenas si se podría pensar en operaciones paliativas tales como, el *curettage,* la castración ó la electrolisis, que amortigüen la infección endo-uterina, y calmen un poco las hemorragias.

En las mujeres vigorosas, poco ó ligeramente lesionadas por su tumor, la operación está indicada con mucha precocidad, y la necesidad de una intervención radical es en ellas más apremiante.

Por consecuencia, desde que nos hallemos frente á una enferma con fibro-miomas uterinos, nos plantearemos esta primera cuestión. ¿La enferma está en condiciones de operabilidad, ó no lo está?

Un rápido examen de la cara y cuerpo de la enferma permite, en la mayoría de las veces, la germinación del próximo comportamiento del Cirujano.

Si encontramos una mujer de facciones no caquécticas, de mirada viva, de voz clara y sonora, de párpados no edematosos; si la respiración de ella no es anhelante ni dificultosa; si se mueve con facilidad y soltura en su cama; si orina con abundancia y su constipación no es muy rebelde; si no tiene sudores nocturnos ni hipertermias vespertinas; si su vientre no está enorme y come y digiere con regularidad, no hay que vacilar: el estado general está indicando que el tratamiento radical operatorio es enteramente oportuno.

Si el aparato respiratorio funciona libremente; si el corazón y los vasos sanguíneos gruesos no ofrecen trastornos dinámicos ó funcionales; si el sistema nervioso no acusa degeneraciones hereditarias ó adquiridas, y si la nutrición general no se halla comprometida por alguna diátesis ó vicio intoxicante, el Cirujano debe ejercer su influencia é imponer la necesidad absoluta de una intervención radical.

El análisis de la orina es fecundo en indicaciones quirúrgicas: la presencia, en ella, de elementos extraños que impliquen lesiones vesicales ó ureterales no muy avanzadas, no modifica la indicación operatoria. La existencia de productos epiteliales renales y de substancias tales que, como la albúmina, hagan comprender el trastorno del funcionamiento glomerular, coincidiendo con la exageración del volumen, el enclavamiento y la compresión orgánica pélvica del tumor, son, no contraindicaciones, sino, por el contrario, *indicaciones formales de urgente operación.*[1]

La coexistencia de los fibro-miomas uterinos y de la preñez, pone al Clínico en graves conflictos.

Felizmente, aunque con cierta frecuencia relativa se observa esta coexistencia del embarazo con los fibro-miomas uterinos, pocas veces da lugar á las grandes operaciones abdominales, y la Naturaleza resuelve, mediante sus grandes leyes de la acomodación, tan grave dificultad.

Se conocen multitud de casos en los que, á pesar de los fibromas, la preñez y el parto se terminaron casi sin el socorro del Arte, sufriendo á lo sumo, el pequeño auxilio de los medios suaves de la *tokurgia*.

Pero, en cambio, hay multitud de ocasiones en las que estos tumores ponen á prueba las aptitudes y habilidad del Cirujano, ofreciéndole gravísimos problemas, algunos de carácter urgente en su resolución.

La llegada á término de la preñez, en un útero fibromatoso, aunque no es frecuente, se observa bastante: en una estadística de cincuenta y una mujeres con fibromas uterinos y embarazadas, el Profesor Eugenio Gutiérrez, de Madrid, encontró veintiseis abortos del segundo al cuarto mes, siete partos prematuros y *dieciocho* preñeces á término.

Es preciso distinguir el sitio y volumen de los fibromas: los que se encuentran en el fondo de la matriz, aunque peligrosos

1 No hagáis la histerectomía en aquellas enfermas cuyas orinas son pobres en urea y en las que la albuminuria reconozca como origen, lesiones profundas y graves de los riñones: la uremia os mataría rápidamente á la operada.

por las hemorragias, dolores, contracturas uterinas y perturbaciones nerviosas reflejas que provocan, no lo son tanto como los que se encuentran en el segmento inferior del útero, que á los trastornos anteriores unen los accidentes de enclavamiento y de obstrucción del canal pélvico. Ya se comprende bien la influencia del volumen de los núcleos neoplásicos, en estas circunstancias. En el primero de los casos anteriores, el parto puede hacerse espontáneamente; en el segundo, esto es casi imposible.

Desde luego se comprende la importancia de la intervención quirúrgica, en estas últimas circunstancias.

Toda vez que durante el curso de una preñez se haya diagnosticado un fibroma accesible por la vagina, aun cuando las dimensiones de él no parezcan ofrecer dificultades al paso libre del feto, se debe extirpar inmediatamente y no esperar la época del parto, á fin de no exponerse á abrir una nneva puerta á la infección puerperal. Se entiende que esta extirpación se refiere á los casos en los que las maniobras del cirujano no presentan peligros para la integridad del huevo; es decir, para los casos de fibro-miomas perfecta y fácilmente accesibles.

Los pequeños fibromas intersticiales múltiples del cuerpo uterino no reclaman tratamiento, pues que no son verdadera causa de distosia: su peligro mayor, en esta ocasión, es la abundancia de la hemorragia *post-partum*.

De otra manera graves son los grandes fibromas sub-peritoneales é intersticiales del cuerpo del útero.

La ablación de los grandes fibromas sub-peritoneales bien pediculados debe intentarse, siempre que los trastornos que ocasionan sean graves: lo mismo debe intentarse en los fibro-miomas sub-peritoneales sésiles, con esta diferencia, que la *miomectomía* predispone mucho menos al aborto que la *enucleación abdominal*.

¿En qué momento de la concepción deben intentarse estas operaciones? Con Olshausen y Dumont, diremos que mientras el fibroma no ocasione trastornos graves que exijan una intervención inmediata, debe esperarse el fin de la concepción: de este modo, á la vez que se facilitan las maniobras y se deja libre al tumor de modificarse espontaneamente, se tienen probabilidades de obtener un niño vivo, en caso de interrupción brusca de la gravidez como consecuencia de la operación. Por el contrario, cuando el fibroma provoca fenómenos más ó menos graves ó amenaza la vida de la mujer, el Cirujano se apresurará á ejecutar la miomectomía ó la enucleación, sea cual fuere la época de la preñez.

Extraordinariamente más graves son los casos de fibromas voluminosos múltiples é intersticiales del cuerpo del útero.

Cuando en estas circunstancias se reconoce la existencia de un niño vivo y viable, los autores de Obstetricia aconsejan practicar la operación cesárea ó la de PORRO.

Es aquí donde la Cirugía moderna dá nuevos beneficios á la madre y al hijo, modificando un poco el clasicismo de los procedimientos.

Desde luego, prescindiendo de otras ideas de orden moral y social, podremos reconocer que la operación más científica es la que permite al niño llegar casi á término y salir de su saco materno, vivo y sano, á la vez que dá todas las seguridades posibles de salvación para la madre. Esta operación es la histerotomía transperitoneal, seguida de la histerectomía abdominal total.

Los progresos últimos realizados en la técnica de esta operación, la hacen una intervención sencilla, poniendo en manos del Cirujano hábil, un recurso todopoderoso para luchar y para vencerlo con el tremendo obstáculo distócico que tantas víctimas cuenta en su historia.

La naturaleza de la intervención contra los fibromas uterinos debe ser, siempre que sea posible, esencialmente radical: en consecuencia, será á las operaciones radicales á las que procuraremos recurrir.

Si el tumor fibroso es único y pequeño, se realizará su extirpación por medio de la *enucleación* ó de la *miomectomía*, vaginales ó abdominales, según que el tumor haga relieve en la cavidad uterina ó en el segmento inferior del útero, ó que se dirija hacia la cavidad abdominal.

Si el tumor es grande, pero francamente, pediculado y hace saliente en la cavidad del órgano, será al *morcellement* con ó sin histerotomía, al que acudiremos; si su evolución es abdominal, será siempre la *miomectomía* nuestro mejor recurso.

Si el desarrollo del tumor tiende á llevarle entre las hojas de los ligamentos anchos, será á la *miomectomía* ó á la *enucleación con decorticación ligamentosa* y *drenage*, á la que acudiremos.

Si el tumor está netamente limitado á uno de los labios del cuello uterino, emplearemos la *amputación del cuello*, vaginal ó supra-vaginal, según la extensión del neoplasma.

Cuando el núcleo fibroso sea de grandes dimensiones y que la pared de tejido uterino que le cubre, la sospechemos delgada y poco retráctil, acudiremos inmediatamente á la *histerectomía*.

CLINICA QUIRURGICA.

(La Histerectomia.)

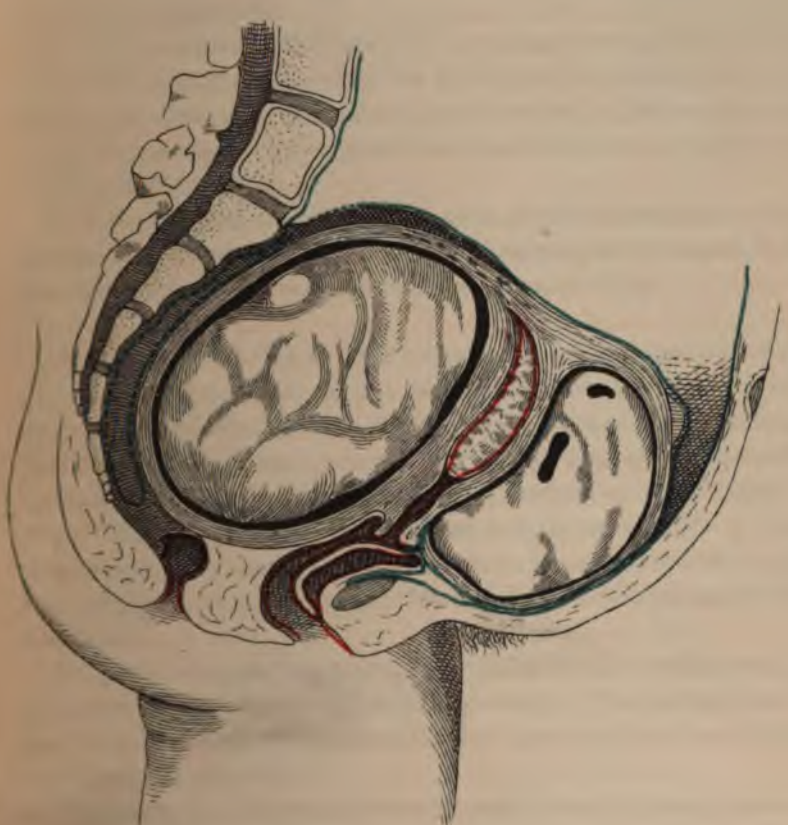


Fig. 22.—Preñez de dos meses en un útero fibromiomatoso extirpado por la histerectomía. (Según Barnes).

Lit. del Timbre.

Dr. Suarez Gamboa

¿Por qué vía, por la vagina ó por el abdomen?

Por donde se pueda ejecutar mejor y con más garantías de curación para la enferma.

En la elección de estos métodos influyen de enérgica manera, la habilidad y tendencias personales del operador.

Algunos se declaran partidarios de la histerectomía abdominal; otros de la vaginal, y los campeones de estos métodos procuran sostener su elección, imputándole inconvenientes ó defectos al sistema contrario.

El acuerdo parece aún lejano entre ambos partidarios, y no obstante el precepto conciliador: *los fibromas de límite infra-umbilical se operarán por la vagina; los fibromas de límite supra-umbilical, se operarán por el abdomen;* la división existe aún entre los histerectomistas.

Si el tumor está constituido por una multitud de núcleos fibro-miomatosos, y el útero se halla como relleno de fibromas, la histerectomía total encuentra también su aplicación.

Durante mucho tiempo la histerectomía abdominal supra-vaginal, fué la operación clásica contra los fibro-miomas, y aun lo es para ciertos operadores. Yo siempre he hallado incorrecto este procedimiento, al que considero *peligroso* bajo el punto de vista de la infección inmediata y tardía del peritoneo; *defectuoso*, por dejar una fracción de cuello uterino, inútil y susceptible de sufrir degeneraciones neoplásicas; é *inconstante en sus resultados*, por la facilidad con que ocasiona fístulas útero-abdominales y eventraciones.

La histerectomía supra-vaginal con pedículo perdido, estaría más acorde con los principios de la moderna Cirugía; pero sus resultados han sido detestables bajo el punto de vista de la hemostasis y de la asepsia.

Llegamos á los diversos procedimientos de extirpación total del útero. Los procedimientos vaginales contra los fibro-miomas van siendo más y más abandonados, con provecho de la seguridad, la facilidad y la asepsia.

La mayor parte de los operadores extirpan el útero fibromatoso por la vía abdominal. Doyen, el elegante y habilísimo cirujano de Reims, tiene en su procedimiento de histerectomía el defecto de dejar poco peritoneo para cubrir el muñón vaginal y de predisponer á la ruptura ó á la expresión de las bolsas salpingeas desconocidas, con su maniobra de reclinación anterior del útero. Richelot, expone con su procedimiento á la lesión del uréter, y

es impracticable casi en los tumores grandes del útero. DELAGENIÉRE, hace muy dificultosa la hemostasis de las uterinas y de las vaginales. El procedimiento americano es esencialmente sencillo y fácil; pero hace muy probable la lesión del uréter, y no deja peritoneo para cubrir la vagina.

El procedimiento que yo uso hace todos estos peligros muy remotos, y á la vez que da toda garantía respecto de la hemostasis, asegura el aislamiento de la vagina fuera del peritoneo, y no perturba el plano resistente del piso pélvico, en su dinámica.

II

CÁNCER DEL ÚTERO.

Clínicamente se agrupan bajo el epíteto de cáncer todos los neoplasmas epiteliales del útero.

Desde tiempo inmemorial se acostumbra clasificar los cánceres uterinos en *cervicales y corporales*. Este modo de hacer repugna á la Anatomía Patológica, y apenas podría aceptarse en Clínica. (Figuras 26 y 27).

La tradición arrastra en Medicina, como en todas las Ciencias, hechos que hoy, con nuestro modo de pensar y medios admirables de investigación, no tienen manera de existir.

Así, en vez de admitir la división de cánceres del cuerpo y del cuello, yo adopto la siguiente: *cánceres de la mucosa uterina y cánceres de la mucosa vaginal.*

CÁNCERES DE LA MUCOSA VAGINAL.

Estos cánceres están esencialmente limitados al cuello uterino. Se desarrollan sobre la mucosa vaginal que le cubre exteriormente, y en rigor podrían admitirse como verdaderos cánceres vaginales.

Están caracterizados por su constitución especial, originaria del epitelium pavimentoso. Pueden iniciarse en cualquier punto de la mucosa peri-cervical y no es extraño verlos desarrollarse

sobre pólipos ó neoformaciones cervicales, siempre que se cubran del epitélium vaginal.

Es realmente curiosa la circunstancia de que estas producciones epiteliales pavimentosas suelen respetar los elementos epiteliales glandulares y mucosos del endometrio.

Los tumores epiteliales de esta región obedecen en su desarrollo á dos variedades principales: *la papilar*, constituida por salientes irregulares, mamiladas, en forma de yemas suaves, sangrantes y fácilmente ulcerables; *y la intersticial*, en cuyo caso las neoformaciones tienden á invadir las profundidades del órgano.

Todo cáncer tiende á crecer y á invadir los tejidos que le rodean.

La vagina es en estas circunstancias, uno de los primeros caminos que sigue el cáncer en su propagación. De elemento en elemento, por emigración de las celdillas neogénicas, se hace la infiltración cancerosa en la vagina sin dificultad ni línea de invasión sensible. De la vagina, la invasión cunde al tejido peri-métrico, á la vejiga, al recto y al tejido conjuntivo de la pelvis.

El epitélium cilíndrico intra-cervical resiste mucho al neoplasma.

La septicidad piogénica de todos los gérmenes que acuden á completar la escena de destrucción, invade rápidamente el endometrio: las lesiones inflamatorias y supurativas se muestran en la cavidad uterina; pero el neoplasma epitelial pavimentoso no invade el endometrio sino muy tardíamente, cuando los elementos cilíndricos han sido destruidos por los gérmenes piogénicos, ó por lo menos heridos profundamente en su actividad vital.

Los vasos linfáticos son, por el contrario, víctimas precoces del proceso neoplásico. Los ganglios pélvicos, los lombares y aun los inguinales, son frecuentemente el sitio de metastasis específicas.

Todo el tejido celular pélvico se infiltra de elementos epiteliales. El útero parece ahogado en medio de masas neoplásicas, y pierde rápidamente su movilidad. Los nervios son comprimidos, desorganizados, y diseminadas sus fibras en el neurilema completamente degenerado.

Los vasos sanguíneos sufren compresiones y aun algunas veces perforaciones que ocasionan no solamente hemorragias formidables, sino embolias cancerosas en otros órganos.

Los uréteres, rodeados por masas cancerosas, se aplastan y ocasionan ectasis urinarias en ellos mismos y en los riñones: de aquí todas las lesiones de las *urétero-pielo-nefritis* y aun las de la uremia.

El tabique vésico-uterino no escapa: el neoplasma destruye la vejiga estableciendo fístulas vésico-uterinas y vésico-vaginales, ó infecta la mucosa vesical, trayendo la formación de cistitis sépticas graves.

El recto resiste bastante bien: pero su calibre se estrecha y los signos de constipación son precoces. Sin embargo, suele ulcerarse y constituir junto con la vejiga abierta, una cloaca repugnante por donde salen orina, materias fecales, pus, detritus neoplásicos gangrenados, etc., etc., exhalando un olor horriblemente fétido.

La generalización es rara en el carcinoma epitelial pavimentoso: aquí, como en cualquier otra región, es muy tardía, y salvo embolias ó metastasis por perforaciones venosas ó linfáticas, las complicaciones sépticas ó funcionales orgánicas terminan con el enfermo, antes de la época siempre remota de la generalización.

CÁNCERES DE LA MUCOSA UTERINA.

Están caracterizados por la presencia del tejido epitelial cilíndrico.

Parece fuera de duda que el proceso se inicia en el epitelium glandular, y que el mucoso de revestimiento, no sufre alteraciones sino consecutivas.

Puede nacer en cualquier punto de la mucosa intra-uterina, sea en la región del cuello, sea en la del cuerpo.

Sus tendencias invasoras se hacen principalmente hácia el tejido propio del útero. Difiere en este sentido notablemente del cáncer vaginal, pues mientras este se dirige á la vagina y tejido celular pélvico de preferencia, aquél lleva sus lesiones sobre el útero mismo.

Bajo el punto de vista macroscópico, los cánceres del endometrio pueden presentar tres formas principales.

O son yemas fungosas polipiformes que llenan la cavidad y que pueden hasta asomarse por el orificio cervical, ó son ulceraciones profundas que atacan el músculo uterino, ó infiltraciones nodulares difusas en todo el tejido del órgano.

Los anexos sufren comunmente en esta clase de cánceres rápido eco. Las trompas y el ovario se dejan invadir fácilmente al través del *ostium uterinum*.

La red linfática de los ligamentos anchos, gruesa, dura, y carcinomatosa, lleva la propagación maligna á los ganglios profundos de la pelvis.

CLINICA QUIRURGICA.

(La Histerectomia.)

Fig. 23.—Gran quiste del ovario, coincidiendo con pequeños fibro-miomas uterinos.

(Operado por el Dr. Nicolás Mendiola, de Orizaba)

CURACION.

Lit. del Timbre.

Dr. Suarez Gamboa

ETIOLOGÍA.

La causa directa de todos los cánceres queda absolutamente desconocida.

Hoy parece predominar la génesis parasitaria y se describen diversidades de protozoarios como causa eficiente de los neoplasmas carcinomatosos.

¿Será el carcinoma un proceso crónico de infección celular? ¿Las neoformaciones epiteliales reconocerán como causa, perturbaciones vitales esenciales, ó son la manifestación de la resistencia de los tejidos al ataque de gérmenes desconocidos?

El hecho es que aun nada cierto se demuestra, que sobre presunciones en Patología son nulos los juicios, y que debemos esperar los estudios nuevos, aun cuando la mayoría de los cirujanos reconozcan en el fondo de su pensamiento la naturaleza microbiana de los carcinomas.

La carcinosis uterina es sumamente frecuente.

Mucho se ha debatido la herencia, como causa predisponente de los carcinomas: algunos autores han negado su influencia; pero entre nosotros está perfectamente aceptada, en cualquiera región que se encuentre el cáncer.

Conozco alguna familia en la que todas las mujeres, excepto una, han muerto de cáncer uterino ó mamilar, durante dos generaciones.

El cáncer uterino es casi desconocido antes de la pubertad, sumamente raro durante ella, frecuente en la mujer adulta y muy frecuente de los cuarenta años en adelante. De las estadísticas europeas, la principal es la de GUSSEROW, que comprende 3,385 casos, recogidos en la práctica de los ginecólogos más distinguidos, y dan su máximum de frecuencia entre los cuarenta y los cincuenta años.

Al decir de los autores norteamericanos, las negras sufrirían menos frecuentemente de carcinomas uterinos que las blancas. Lo contrario sucedería con los fibro-miomas.

Se han incriminado: la frecuencia en los partos, las desgarraduras del cuello uterino, las endo-metritis crónicas, etc. En general, toda causa de irritación celular constante predispone á los epiteliomas.

La degeneración epitelial de los neoplasmas del útero, llamados benignos, es un hecho. Yo conozco un caso perfectamente de-

mostrativo: un pólipo fibro-miomatoso del cuello, arrancado y tratado el pedículo por la raspa con la cucharilla, se reprodujo como un epitelioma, que mató á la enferma.

Llama la atención la rareza relativa con que se observa el carcinoma uterino en las asiladas del Hospital Morelos.

DESCRIPCIÓN CLÍNICA.

El cáncer, durante largo tiempo, ejecuta su formidable tarea en el sigilo más absoluto. Las mujeres no se aperciben del desarrollo traidor de tan tremendo mal y, por desgracia, cuando los primeros signos aparecen, la enfermedad ha avanzado demasiado.

A lo sumo ligeras molestias, trastornos poco perceptibles, señalan la existencia de tan temible huésped en el útero.

Cuando el neoplasma se ulcera, son las *hemorragias* y el *escurrimiento sero-sanguíneo fétido*, los síntomas que señalan su presencia.

Los dolores tienen el más triste pronóstico: los carcinomas meramente uterinos son indoloros. Cuando la infiltración epitelial gana el tejido celular peri-uterino, los dolores se presentan.

La hemorragia es comunmente el primer signo que despierta alarma en la mujer. Casi siempre pequeña al principio, se presenta después de una fatiga, durante el coito ó durante los esfuerzos de la defecación. Cuando la mujer ha llegado á la menopausa, toma estas hemorragias como retornos de la menstruación.

Suele suceder que las hemorragias no reconozcan como orígen la ulceración del neoplasma. La metritis concomitante y la fluxión vascular irritativa, son causas suficientes para producirlas.

La *leucorrea* puede preceder á la hidrorrea fétida, sin presentar, por lo demás, ningún carácter peculiar.

No se podría hacer el diagnóstico sin recurrir al examen local del útero.

Clínicamente, el carcinoma uterino reconoce tres formas principales: *vegetante ó papilar, ulcerosa ó cavitaria, é intersticial ó parenquimatosa.*

FORMA VEGETANTE.—Comienza en la parte vaginal del cuello é invade rápidamente la vagina y el tejido celular peri-uterino. (Figura 28.)

El labio invadido se cubre de pequeñas eminencias papiliformes de color rojo subido ó gris blanquecino; suaves, fácilmente desgarrables y cubiertas por depósitos coagulados de sangre.

Estas pequeñas eminencias se transforman rápidamente en una especie de hongo, blando, sangriento, sembrado de pequeños tubérculos que secretan líquidos sanguinolentos y fétidos.

La exploración suele ser dificultosa, pues el roce con el dedo ó con el espejo, ocasiona hemorragias abundantes que llenan la vagina de sangre.

En épocas más avanzadas, el hongo crece y ocupa todo el fondo vaginal; los fondos útero-vaginales están llenos por esta masa sangrienta y fétida, que ofrece contornos desiguales, reblandecidos y gangrenosos, y que se deja hundir y desgarrar muy fácilmente con el dedo que explora. (Figura 30.)

FORMA ULCEROSA Ó CAVITARIA.—Es una escoriación, una ulceración ligera, la que inicia esta variedad de epiteliomas. Por lo común se desarrollan sobre la mucosa uterina y constituyen el tipo esencial del carcinoma de epitélium glandular. (Figura 29.)

Avanzando lentamente en profundidad y precedido de una zona de infiltración neoplásica, no tarda mucho en formarse en el útero excavaciones algunas veces enormes. El cuello, el cuerpo, todo está invadido y destruido.

Esta variedad de cáncer suele ser muy engañosa, pues que no obstante el proceso profundo de destrucción, la cavidad consecutiva se llena de vegetaciones neoplásicas que ocultan la extensión de la zona destruida. Solamente la raspa exploradora de estas fungosidades permite reconocer la profundidad del mal, que no pocas veces ocasiona lamentables sorpresas. (Figura 32.)

FORMA INTERSTICIAL Ó PARENQUIMATOSA.—Es la más obscura y difícil de todas. El cuerpo del útero está crecido, engruesado. Multitud de núcleos carcinomatosos invaden el músculo uterino y las lesiones anexiales son casi reglamentarias. Los signos metríticos y los dolores, son muy precoces; las hemorragias, abundantes y frecuentes.

Sea cual fuere la forma clínica, vegetante, ulcerosa ó intersticial, las hemorragias tienen un puesto principal en la sintomatología.

La anemia es rápida: la pérdida constante de sangre agrega su fatal influencia á la septicidad y á los desórdenes generales del neoplasma.

No obstante su abundancia y frecuencia, estas hemorragias no son casi nunca mortales.

Junto con ellas, se presenta un escurrimiento sero-sanguinolento fétido, casi característico de las neoplasias malignas uterinas.

Límpido y transparente al principio, este escurrimiento no tarda en hacerse sanguinolento, icoroso, nauseabundo. Suele arrastrar fragmentos neoplásicos gangrenados y su fetidez es incomparable. Los antiguos médicos, que daban tanta importancia á los olores, describen escrupulosamente la fetidez cancerosa.

La verdad es que estas infelices enfermas, abatidas, desmoralizadas, aniquiladas por tan constante cuanto cruel padecimiento, se ocupan poco del aseo de su persona y de su cama, y no pocas veces la primera prescripción facultativa es agua y jabón.

La recámara de una cancerosa uterina es insoportable. Todas las precauciones son pocas para contrastar la producción de tan repugnante olor.

Los grandes dolores cancerosos son tardíos. Se deben á la invasión del tejido celular pélvico, á la compresión de las radículas y troncos nerviosos, por las masas neoplásicas.

Estos dolores invaden la pelvis, las piernas, la cintura, los riñones, é irradían en todo el tronco.

Son constantes: día y noche las enfermas se ven agobiadas por estos dolores que, exacerbándose con frecuencia, les recuerdan á toda hora la incesante marcha de su padecimiento.

La tortura es constante. No es remoto que pequeños accesos de peritonitis aumenten lo aflictivo de esta situación.

El insomnio es de regla: las enfermas no encuentran alivio y los narcóticos, salvo la morfina, son enteramente ineficaces.

Las funciones de la vejiga y del recto se comprometen muy seriamente. Ya son signos de cistitis aguda, ya hematurias imprevistas, ya accidentes de uremia crónica ó aguda, ó perforaciones y fístulas vesicales, los que dominan la escena; pero es un hecho que el aparato urinario sufre fatalmente la influencia de los carcinomas uterinos.

La constipación es segura: las masas del tumor comprimen el recto y ocasionan accidentes de obstrucción crónica.

La exploración digital por el recto, permite apreciar el volumen y la dureza de las masas que lo comprimen.

CLINICA QUIRURGICA.

(La Histerectomia.)

Fig. 24.—Fibro-sarcoma uterino extirpado por la histerectomía abdominal, habiendo sido menester resecar un fragmento de la vejiga y hacer el vaciamiento de la pélvis. *A*.—Prolongamiento dirigido al periosteo de la fosa iliaca.

CURACION.

Lit. del Timbre. Dr. Suarez Gamboa

La perforación rectal, aun cuando no es frecuente, se ha observado. La vesical es más constante.

La compresión de los vasos sanguíneos iliacos ocasiona edemas en las piernas, y con frecuencia las lesiones de flebitis designadas por *flegmasia alba dolens*.

La caquexia se presenta rápidamente: el apetito se pierde, el sueño huye, el adelgazamiento es extremo, el edema se acentúa, y los dolores constantes y la esperanza en la curación perdida, hunden á estas infelices enfermas en la desesperación más horrorosa y en el sufrimiento más acerbo.

La muerte, el único lenitivo para semejante martirio, suele hacerse esperar mucho. La duración de un cáncer uterino es incalculable. Mi distinguido amigo el Dr. José T. Barriga, trata, hace más de dos años, una señora con cáncer de la matriz, inoperable: tiene sesenta años de edad; durante estos dos últimos años no ha abandonado la cama, y en plena caquexia parece agonizar un día, para revivir al siguiente.

El Dr. José Antonio Gamboa lucha con una señora que sufre hace tres años de un adeno-carcinoma, y que para su vida, llena de tortura, no ha encontrado un consuelo definitivo.

Yo he atendido en Veracruz una señora, en junta con los Dres. Carlos Manuel Garcia y Manuel M. Macias, que duró solamente dos meses y murió por generalización carcinomatosa.

Verdaderamente, salvo complicación, el carcinoma uterino es una enfermedad desesperante y de pronóstico variable, en la que la muerte puede hacerse esperar mucho tiempo ó sobrevenir inesperadamente.

La *uremia* es una complicación feliz: el coma, la anestesia, el sueño no interrumpido, y en medio de él la muerte aliviando para siempre de su martirio á la infeliz enferma, á quien la intoxicación aguda arranca de la cronicidad de sus desdichas.

La *peritonitis*, por perforación ó propagación; la *carcinosis aguda*, las *embolias graves*, el *síncope* en medio del marasmo, son otros tantos modos de terminación del carcinoma uterino.

Yo he podido observar, bajo la indicación de mi maestro el Dr. Ramón Macías, una infeliz asilada en el Hospital Morelos que, portadora de un carcinoma del útero, tuvo una serie de embolias que la privaron de la vida, no sin haber sufrido antes la gangrena completa del pie izquierdo y de toda la pierna derecha.

DIAGNÓSTICO.

La enumeración de sus padecimientos por la enferma, hace casi siempre nacer en la mente del Cirujano la idea de un cáncer uterino. Sin embargo, el diagnóstico no podrá basarse sin el recurso del examen local.

El tacto es importante elemento de diagnóstico: como casi siempre se observan estas enfermas en períodos avanzados, se encuentran multitud de datos útiles.

El dedo alcanza masas fungosas, frágiles, suaves y que desgarrándose fácilmente, no obstante todas las precauciones que se tomen, sangran con abundancia. Esta sensación de masas penetrables por el dedo, es clásica.

Si el examen es un poco cuidadoso, se notará que abajo de la zona blanda se encuentra una superficie de infiltración, dura y resistente.

Algunas veces todo el fondo vaginal está ocupado por un enorme hongo que impide reconocer el punto de implantación del tumor.

En ciertas formas de carcinomas infiltrados, el dedo siente una superficie ulcerosa, blanda y atacable con la uña, que difiere ostensiblemente de las ulceraciones metríticas inflamatorias.

Cuando el tumor invade el endometrio y el cuello se deja fácilmente atravesar por el dedo, se alcanza, si se tiene la precaución de abatir el útero con una pinza, la superficie ulcerosa y endurecida del neoplasma.

Otras veces el cuello está estrecho, y sin recurrir á su dilatación previa, sería imposible reconocer las profundas lesiones de la cavidad.

Cuando el neoplasma ha destruído el cuello, el dedo nota la continuidad perfecta de las cavidades vaginal y uterina.

De cualquier modo que sea, el neoplasma, una vez ulcerado, el diagnóstico es fácil.

Las *vegetaciones* formadas por *papilomas benignos* no podrán confundirse con las vegetaciones del epitelioma: ni su resistencia, ni la dureza de su tejido, ni el abundante escurrimiento purulento, admitirían una vacilación de diagnóstico.

Las *erosiones* que se verifican sobre cuellos hipertrofiados con folículos quísticos, podrían obscurecer el juicio; pero la hipertrofia cervical folicular forma una masa dura, que no se deja desgarrar por el dedo y que presenta pequeñas nudosidades extremadamente duras y sensiblemente esféricas, que corresponden á los quistes glandulares. El escurrimiento leucorreico no presenta ningún olor, y la forma del cuello está sensiblemente conservada, mientras el carcinoma la modifica rápidamente.

Los *pequeños fibro-miomas* podrían simular núcleos cancerosos, á pesar de que en ellos la zona de infiltración periférica hace falta y la mucosa uterina no ofrece adherencias profundas.

Cuando el cáncer uterino comienza por la mucosa del orificio cervical, podría tomarse por un *ectropión sencillo de la mucosa;* pero la hernia mucosa es suave, lisa, no sangra ni es desgarrable.

Si en el ectropión hay pequeños pólipos mucosos, podrán confundirse con el epitelioma papilar, si no fuera por la facilidad de su destrucción y por los escurrimientos sanguíneos que el epitelioma provoca.

Los epiteliomas cilíndricos intra-uterinos pueden tomar cierta apariencia poliposa, que á semejanza de los *fibro-miomas submucosos*, darían signos obscuros y equívocos. El examen con la cucharilla exploradora y el reconocimiento histo-patológico de los fragmentos, aclararían las dudas.

Los *fibro-miomas gangrenados*, con sus hemorragias y su escurrimiento fétido, despiertan en la mente rápidamente la idea de un carcinoma. Solamente el examen local evitaría la duda, y en la más pequeña vacilación el microscopio prestaría importantes servicios.

Es muy particularmente, al comenzar el desarrollo del neoplasma, antes que se ulcere, cuando el diagnóstico ofrece mayores dificultades.

Las mujeres que vienen á la consulta, no manifiestan otros signos que los de una metritis catarral.

Excepcionalmente se encuentra una nudosidad dura y bien circunscrita, en el cuello, que al examen del espejo se manifiesta como una saliente violada, rojiza é inmovible.

En algunos casos la infiltración neoplásica no hace más que

aumentar el volumen del cuello, simulando completamente la *hipertrofia cervical simple.*

El diagnóstico es muy difícil en estos casos, y aun más dificultades hay en reconocer si el neoplasma es intra-uterino ó cervical.

Más sencillo es apreciar las lesiones de las cercanías, en los cánceres bien acentuados. La invasión de la vagina es siempre fácil de notar. El tacto rectal facilitará mucho el examen del peri-metrium.

El reconocimiento de la vejiga es casi siempre fácil. Si el útero está inmóvil, si no se puede desalojar haciendo tracciones sobre el cuello con una pinza, es casi seguro que los fondos, vésico-uterino y recto-uterino, están invadidos ya. Los dolores tienen en este sentido una significación bien triste.

TRATAMIENTO.

¡Tratar un cáncer. . . ! No hay Cirujano, avezado ó novel que sea, que ante semejante proyecto no sienta su esfuerzo vacilar.

Durante las épocas quirúrgicas pasadas, cuando el dolor y la desesperación no se velaban con la anestesia; cuando la sangre surgía en poderosos chorros y la forcipresión no estaba ahí, el Cirujano que acometía un cáncer, obtenía, por lo menos, la satisfacción de su hazaña operatoria. Amputar el útero, resecar un maxilar ó vaciar el cuello en las regiones peligrosas, eran verdaderas proezas de habilidad, sangre fría y genio quirúrgicos.

Pero hoy con el cloroformo y el éter que anestesian, con las pinzas de forcipresión que isquemian, y con el arsenal quirúrgico moderno que facilita todas las maniobras, operar un cáncer es una sencilla tarea, asemejándose la operación á un acto operatorio sobre cadáveres: algunas veces la comparación es enteramente exacta.

En materia de la Cirugía de los cánceres, soy profundamente escéptico. No pretendo decir con esto que les niego el derecho de ser operados, sino que no recuerdo haber emprendido jamás la operación de los *malignomas*—nombre genérico de AUVARD para las neoplasias malignas—con alguna esperanza de curación radical.

He operado muchísimos cánceres, desde la ligera ulceración hasta las formidables neoformaciones vegetantes; he visto su-

CLINICA QUIRURGICA.

(La Histerectomia.)

Fig. 25.– Fibro-mioma uterino, extirpado por miomectomia abdominal CURACION.

Lit. del Timbre.

Dr. Suarez Gamboa

cumbir bajo mi bísturi enfermos á quienes practicaba intrépidas resecciones de cánceres extensos, y he observado innumerables pseudo-curaciones, asistiendo siempre impasible á las vivísimas manifestaciones de mis operados, que se creían para siempre libres de sus tumores. Jamás me he dejado sugestionar por la esperanza: siempre he predicho y hallado al fin, la única, la constante evolución de los malignomas: la reproducción, la caquexia y la muerte.

Imperecedero en mi memoria existirá el recuerdo de una de mis operaciones de cáncer, cuyas circunstancias la hacen de excepcional enseñanza.

Era un señor de ancianidad avanzada, 80 años, el señor Pedro R., del Estado de Guanajuato. Tenía un carcinoma de la glándula sub-maxilar izquierda, de tal manera avanzado que la deglutición era imposible, la fonación dificultosa, la respiración comprometida y los ganglios carotideos, cervicales anteriores y supra-claviculares, grandes como habas. El aparato vascular profundamente alterado por la calcificación arterial. El corazón arrítmico: de cada cinco pulsaciones faltaba una.

No obstante este cuadro tremendo de muerte próxima, yo emprendí la operación del Sr. R. . . . . La extirpación del tumor fué completa, la de los ganglios también, y no obstante las peripecias azarosas de la operación—parálisis de la lengua, síncopes respiratorios frecuentes, ruptura tres veces consecutivas de la carótida externa ateromatosa, etc.—y lo difícil y grave del período post-operatorio—asfixia, colapsus, etc.—la extensa herida reunió por primera intención, excepto en un punto de la medianía de ella. Tres meses transcurrieron, todo parecía ofrecer la más brillante curación, cuando un nuevo foco neoplásico se presentó en la base de la lengua, invadió rápidamente los órganos del cuello y terminó con la vida del Sr. R. . . . .

Este caso, tipo de campaña quirúrgica, es la norma de todos los cánceres: el gasto intelectual, el padecimiento físico y el peligro de la reputación del Cirujano, se estrellan ante la tremenda resistencia y la aptitud reproductora de los elementos de la carcinosis.

Hay otro escollo que hace aun más escabrosa la Cirugía de los cánceres, y que aun cuando de orden meramente personal, el Cirujano debe siempre tenerle presente: hago referencia *á la clientela.*

Los clientes de poco criterio, los de inteligencia escasa ó de ins-

trucción ruda—*y es increíble cómo abundan éstos*—tienen una tendencia acentuada para imputar al operador responsabilidades que atañen única y directamente á la naturaleza del padecimiento.

Partiendo irreflexivamente del *post hoc, ergo propter hoc*, acusan al acto operatorio como el responsable de las nuevas fases que va presentando el tumor en su evolución.

Inútil es la tarea del Cirujano prediciendo las recidivas; inútil es tratar de exponer á ciertas personas la serie de procesos que en un tumor maligno terminan, como epifenómeno, en la reproducción y en la propagación; siempre tendrán algo que aducir contra la mej pre encontrarán oportunidad para lanza á la buena reputación del Cirujano, y sean os sacrificios y esfuerzos de éste, su recompe nente entre esta gente vulgar, la más inj nes.

Para el estudio del l cáncer uterino, se hace indispensable clasifica s divisiones: *el tratamiento paliativo y el tratamiento ó radical.*

El primero, puede pertenecer tanto á los recursos de la terapéutica médica como á los de la quirúrgica; el segundo, es hasta hoy exclusivamente quirúrgico.

I.—Tratamiento paliativo.

A.—*Tratamiento paliativo médico.*

Se reduce á llenar tres indicaciones de importancia:

a.—**Calmar los sufrimientos de la enferma.**
b.—**Procurar el buen funcionamiento del tubo digestivo.**
c.—**Sostener el buen estado general.**

Estudiemos aisladamente la manera de llenar estas tres indicaciones, que son la base del tratamiento médico, tanto del carcinoma como de todos los tumores malignos del útero:

a.—**Calmar los sufrimientos de la enferma.**

Para cumplir debidamente con este enunciado, se necesitan una atención sostenida y una paciencia infatigable. El dolor nunca se logrará hacer desaparecer; pero hay que esforzarse por disminuir las angustias y torturas de un estado que no tiene más alivio que el de la muerte.

Larga es la serie de los narcóticos aconsejados para suavizar los padecimientos del cáncer; su enumeración sería penosa, y sobre todo inútil, pues solamente dos medicamentos ofrecen reales ventajas: la *morfina* y el *hidrato de cloral.* Algunas veces la extrema susceptibilidad de la superficie ulcerada se calma rápidamente con la aplicación de tapones embebidos en una solución de *cocaina* ó de *ortoformo.*

Las corrientes de gas *ac. carbónico,* sobre las yemas cancerosas, que tanto parecían ofrecer en su principio, son inconstantes en su acción y pueden agravar los dolores.

Los narcóticos no se ahorrarán á estas desdichadas, y en los últimos períodos del cáncer se les administrará la *morfina,* sin detenerse sino en las dosis que pudiesen ser tóxicas, dado su estado avanzado de caquexia.

Llama la atención la tolerancia que tienen estas enfermas para las altas cantidades de morfina.

b.—**Procurar el buen funcionamiento del tubo intestinal.**

Los laxantes suaves, entre los cuales el aceite de ricino ocupa buen rango, están constantemente indicados. Las lavativas no siempre obtienen éxito, pues su aplicación puede ser muy dolorosa en ciertas circunstancias. La constipación en algunos casos es muy tenaz y reclama el empleo de purgantes más enérgicos.

Las alteraciones del apetito y de la digestión se pueden combatir, durante algún tiempo, con las preparaciones de *quina,* de *colombo* ó con eupépticos, tales como el *ac. clorhídrico,* la *pepsina, pancreatina,* etc., etc.

La antisepsia intestinal está señalada desde temprano, y el empleo del *salol,* del *salicilato de magnesia* ó de los *naftoles,* puede ofrecer ventajas efectivas.

c.—Sostener el buen estado general.

Los tónicos, entre los que descuellan los compuestos *ferruginosos* y las inyecciones de *suero artificial* y de *estricnina*, no deben nunca abandonarse.

La *alimentación* de la enferma será objeto de la atención constante del Cirujano, procurando que llene bien las circunstancias de ser vigorosa, fácilmente digerible y poco tóxica.

El *régimen de vida* se sujetará á la higiene más rigurosa, variando con los diversos estados de la lesión cancerosa. Al principio se aconsejarán los paseos pequeños en lugares amplios y bien ventilados, con vegetación abundante, de preferencia; se prohibirán estrictamente las relaciones cónyugales; se recomendarán vestidos ligeros y poco ceñidos, etc., etc. Después, durante el tercer período, se prescribirá el reposo en la cama, el aseo corporal y de la habitación, la elevación y constancia de la temperatura, etc., etc.

B.—*Tratamiento paliativo quirúrgico:* Comprende, á su vez, otras tres indicaciones principales:

a.—Las curaciones uterinas.
b.—La cauterización.
c.—El *curage* ó raspa del útero y del tumor.

a.—Curaciones uterinas.

Comprenden las inyecciones vaginales y las aplicaciones directas de tópicos sobre la matriz. Estos últimos tienen el defecto de requerir el empleo frecuente de instrumentos, que en ciertas enfermas producen dolor y pequeñas hemorragias.

Cuando el *especulum* no produce trastornos y lo tolera bien la enferma, se harán curaciones directas cada veinticuatro horas, con substancias fuertemente antisépticas y que no sean cáusticas ó tóxicas, tales como el *yodoformo*, el *salol*, el *benjuí*, el *salicilato de magnesia* ó de *bismuto*. El empleo de polvos absorbentes puede indicarse, y el *carbón de Belloc*, el *carbonato de magnesia*, el *polvo fino de quina*, etc., prestarán servicios.

La aplicación de estos medicamentos se hace, por lo común, sobre tiras de gasa yodoformada, suavemente introducidas en la vagina.

CLINICA QUIRURGICA.

(La Histerectomia.)

Fig. 26.—Cancroide del cuello limitado al labio posterior, con invasión intraparenquimatosa, extirpado por histerectomía vaginal total. (Paul Petit y S. Bonnet).

Lit. del Timbre.

Dr. Suarez Gamboa

Durante las hemorragias estarán indicados los medicamentos astringentes, tales como el *tanino*, el *alumbre*, etc., etc. Actualmente se elogia mucho el empleo de la *gelatina* como hemostático poderoso y la introducción de gasas antisépticas empapadas en una solución al 5 ó al 10% de gelatina—esta solución debe tener como vehículo, suero artificial esterilizado—parece un buen medio de combatir las metrorragias.

Las irrigaciones vaginales desinfectantes constituyen el mejor medio de curación uterina, á condición de que se hagan con suavidad y destreza para no herir el útero con la cánula del irrigador. Se practicarán tres ó cuatro veces al día con soluciones poderosamente desinfectantes, tales como las siguientes:

Solución:

Agua hervida	1,000 gramos.
Permanganato de potasa.	0.50 centig.

Solución:

Acido salicílico	1 gramo.
Esencia de geranio.	5 gramos.
Alcohol á 90°	300 „
Una cucharada por litro de agua. .	

Solución:

Agua común.	1,000 gramos.
Lysol	20 „
Tintura de benjuí.	15 „

Está recomendado unir á la desinfección de la vagina, la desinfección del aire de la pieza donde está la enferma, por medio de pulverizaciones con *ácido fénico*, *tymol*, *esencia de canela*, etc.

b.—Cauterización.

Cuando el tumor ofrece vegetaciones pequeñas, localizadas, y que secretan mucho líquido canceroso (*sania*), la cauterización de las vegetaciones ha sido recomendada por algunos autores.

Puede realizarse por medio de cáusticos *químicos* ó *físicos*.

El mejor cáustico químico, entre los numerosos preconizados para este objeto, es la *pasta de Gaviño*. Esta pasta ideada y vul-

garizada por nuestro maestro, el Dr. ANGEL GABIÑO, se compone[1] de papel Berzelius, ácido nítrico y bicloruro de mercurio.

El cáustico aplicado directamente sobre la superficie vegetante, forma una zona de mortificación, que al desprenderse limpia la superficie cancerosa.

H. SCHULZ ha imaginado un nuevo procedimiento de tratamiento cauterizante del cáncer uterino, mediante las inyecciones intra-parenquimatosas de alcohol absoluto.

La enferma en la posición de SIMS, bien protegida su vulva y su vagina contra la acción cáustica del alcohol, recibe una ó dos inyecciones de cinco gramos de alcohol absoluto, en el espesor del tumor uterino. La mayor [illegible] alcohol inyectado, escurre, arrastrando una gran cantidad de detritus y de tejidos mortificados.

Estas inyecciones se prac[illegible]primero cada dos días; después, todos los días.

La cauterización física se re[illegible]r medio del termo-cauterio. Esta reclama la anestesia gener[illegible]or lo común, se le asocia con la raspa uterina.

[illegible] —Curage ó raspa uterina.

El valor de la raspa con la cucharilla, como tratamiento paliativo en los casos inoperables, está perfectamente demostrado. La cucharilla cortante, prudente y hábilmente manejada para no perforar la matriz, quita los tejidos gangrenados, arranca las vegetaciones y destruye la zona blanda de mortificación: el termo-cauterio termina tan enérgica desinfección.

No solamente es un buen recurso paliativo, sino que puede ser el preludio de una operación más seria y radical.

De la raspa uterina en el tratamiento del cáncer uterino, se ha abusado mucho: es el gran recurso de los ginecólogos improvisados.

Raspar bien la superficie del neoplasma y la cavidad uterina, cauterizar al termo las superficies raspadas, y curar con gasa yodoformada, son los tres tiempos que comprende el *curage* del útero canceroso.

1 El Dr. ANGEL GAVIÑO ha obtenido curaciones de epiteliomas por medio de esta pasta, usada consecutivamente.

Esta operación verificada con las precauciones y suavidad indispensables, puede ofrecer á la paciente un alivio acentuado durante algún tiempo.

II.—Tratamiento curativo ó radical.

El tratamiento radical de un cáncer, no es verdaderamente lo que indica la palabra *tratamiento:* es la extirpación total del neoplasma y de sus dependencias. Tratar un cáncer, quirúrgicamente hablando, es sinónimo de mutilar enérgicamente.

En el cáncer uterino, hay tres modos de realizar este *tratamiento:*

A.—La amputación del cuello uterino.
B.—La extirpación total del útero.
C.—El vaciamiento de la pelvis.

A.—Amputación supra-vaginal del cuello.

Método de Schröder.—Se abate el cuello enfermo, por medio de pinzas de Museux, hasta la vulva, y se pasan al través de la vagina, en sus fondos laterales, asas de seda. Estas asas servirán tanto para comprimir los ramos inferiores de la arteria uterina, como para abatir el útero y facilitar las suturas del final. No son indispensables.

Sobre el cuello uterino, como á un centímetro arriba del límite del tumor, se hace la incisión circular de la vagina, hasta dividir el tejido celular peri-metrítico.

Se despegan del cuello, la vejiga hacia adelante, y el peritoneo hacia atrás, desgarrando con el dedo las conexiones celulares. Lateralmente se dividen las inserciones ligamentosas con tijeras: en estas inserciones hay arterias de importancia que se ligan.

Una vez bien aislado el cuello uterino, se secciona oblicuamente hacia el endometrio, y se reunen la mucosa uterina, el corte uterino y la mucosa vaginal, por una corona de puntos de sutura en S.

Taponamiento uterino y vaginal con gasa yodoformada.

La resección de una faja de vagina, al ejemplo de Richelot, es una práctica excelente, pues no hay que olvidar que la reproducción se hace comunmente en la vagina.

B.—**Extirpación total del útero.**

Histerectomía vaginal ó abdominal. Véase el capítulo *Manual Operatorio.*

C.—**Vaciamiento de la pelvis.**

Ac[illegible]te se da este nombre á la resección abdominal del úter[illegible]eroso, junto con todos los prolongamientos del neoplasma, vísceralos ó ganglionares.

La enferma, en la p[illegible]delemburg, se abre el abdomen y se proce[illegible]rta[illegible]le sus inserciones laterales; se desprende la vejiga h[illegible]y el recto hácia atrás, de la vagina: se corta[illegible]o[illegible]posible de la vulva. Si la vejiga y el recto es[illegible]una con el otro; si están infiltrados por el neopla[illegible]as resecciones convenientes.

Los linfáticos se per[illegible]amentos anchos—cuidando mucho no herir los urete[illegible]glios se quitan, donde quiera que se perciba algu[illegible]

Frente á esta tremenda n[illegible]n ocurre preguntar: ¿hasta dónde un Cirujano está aut[illegible]cortar y á resecar, en la persecución de un neoplasma ma[illegible]

Cada operador opina según su temperamento; pero desde el momento en que la persistencia de elementos neoplásmicos hacen la operación infructuosa y los peligros del paciente sin provecho que los compense, yo creo *que siempre que haya esperanzas de quitar todos los tejidos degenerados*, el bisturí del Cirujano no debe retroceder ante nada, y cortará y amputará todo, absolutamente todo, lo infiltrado y lo que amenace infiltrarse.

Sólo una excepción hago á este precepto: *cuando los órganos por herir sean de tal importancia que sus funciones paralizadas ó entorpecidas produzcan necesariamente la muerte.*

SEROTERAPIA.

La seroterapia no constituye una verdadera modalidad en el tratamiento del cáncer uterino. Su colocación aquí, reviste el carácter de un paréntesis, con derecho á este lugar, por las promesas que hace al porvenir del cáncer.

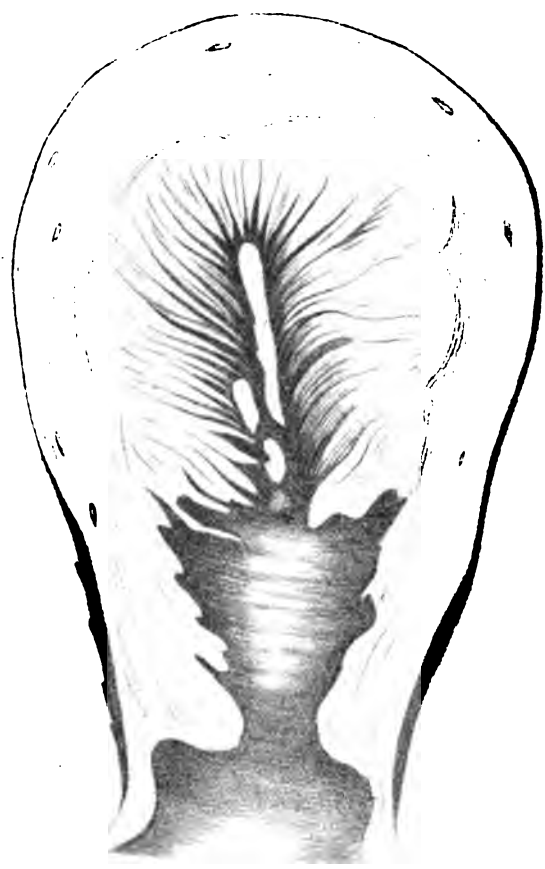
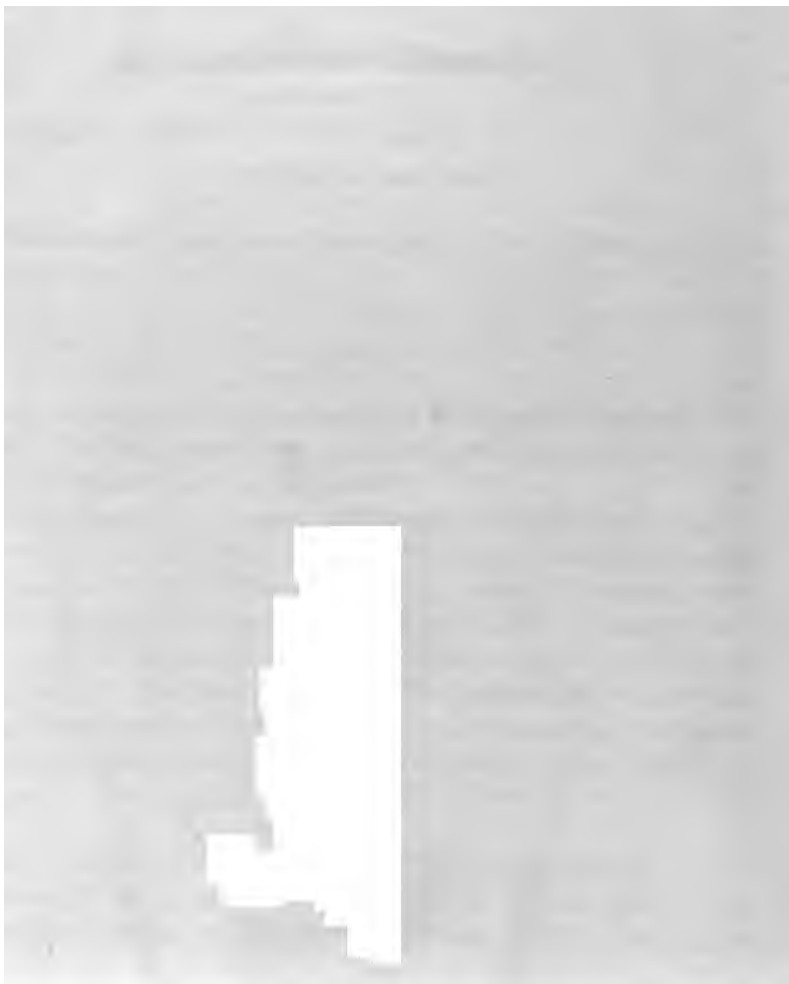


Fig. 27.—Epitelioma del cuerpo del útero, (según Schröder).

Lit. del Timbre.

Dr. Suarez Gamboa



La existencia del suero anti-diftérico, del suero antistreptocóccico, del suero anti-tetánico, hace sospechar la aparición del suero anti-canceroso.

Ciertamente que la naturaleza parasitaria del carcinoma no está demostrada y que el hundimiento de las *coccidias* y del *microbio de Schenerlen*, ha impresionado desfavorablemente la opinión; pero dejando á los anatomo-patologistas la discusión de la patogenia, los experimentadores se han lanzado valientemente en sus tentativas terapéuticas y la seroterapia en el cáncer, es uno de los asuntos de más actualidad en Terapéutica Quirúrgica.

Hasta hoy los resultados son inciertos ó poco favorables, pero el camino está trazado y el verdadero suero anti-canceroso no tardará en aparecer.

Y entonces la Terapéutica sangrienta cederá su puesto al nuevo sistema, con beneplácito de todos los cirujanos que hasta hoy no han obtenido grandes ventajas.

Los misterios de la infección comienzan á desaparecer: el proceso crónico de infección celular neoplásica entregará pronto su secreto y la Cirugía y la humanidad ganarán, cuando se borre del catálogo de operaciones la palabra *cáncer*.

DISCUSIÓN CLÍNICA.

Por la exposición anterior hemos visto los recursos terapéuticos con que el cirujano cuenta actualmente para el tratamiento del cáncer uterino. Veamos ahora la manera de utilizarlos.

Nos encontramos frente á una enferma que tiene un padecimiento uterino, y este padecimiento por su historia, por su evolución, por sus caracteres clínicos y anatomo-patológicos, lo diagnosticamos cáncer del útero. ¿Qué le hacemos?

Desde luego nuestra intención será, indudablemente, recurrir á un *tratamiento radical*, procurando la curación definitiva y rápida de la enferma; ¿pero, es esto posible?

Comencemos por perfeccionar el diagnóstico, resolviendo las cuestiones siguientes:

¿El neoplasma canceroso ocupa el cuello, el cuerpo, ó todo el órgano?

¿Cómo se encuentra la vagina?

¿El útero está móvil ó enclavado?
¿Qué estado guardan la vejiga y el recto?
¿Los ganglios linfáticos han sufrido eco del neoplasma?
¿Cuál es el estado general de la paciente?

La primera cuestión suele ser sencilla de resolver por el examen directo del útero: la presencia de una ulceración bien limitada al orificio cervical, la suavidad de la mucosa vaginal del cuello y su aspecto sano y normal, la ausencia de dolores uterinos, el buen estado de la paciente, que no sufre trastornos denutritivos, harán en el ánimo del clínico la impresión de un neoplasma limitado al cuello.

Los dolores uterinos, el engruesamiento del órgano, la profundidad de los fondos vaginales, acusando un descenso ligero del útero, la participación d a xos en el cuadro sintomático, la exploración directa de ca idad del endometrio, previa dilatación, y los resultados gicos de la raspa exploradora de la mucosa uterina, p án diagnosticar un cáncer exclusivamente corporal,

La mezcla de todos estos hará sospechar la invasión total del órgano por el neopl

La segunda cuestión, es tar cil de resolver: tanto la exploración digital como el reco nento con el espéculum, muestran una vagina lisa, blanda, elástica, de coloración normal, ó una zona dura, despulida, ulcerosa ó vegetante. No siempre los caracteres clínicos de la invasión vaginal son fácilmente perceptibles, y en ciertas formas de infiltración discreta, apenas si se manifiesta un ligero estado apergaminado de la mucosa, ó una serie de nódulos notablemente pequeños.

Trátese de imprimir movimientos al útero con el dedo introducido en la vagina, ó procúrese abatirlo suavemente por medio de una pinza implantada en el cuello. ¿Se consigue mover con libertad al órgano? ¿No encuentra el dedo una atmósfera dura y renitente, que rodea y parece ahogar al útero? ¿Sobre las partes laterales del cuello se encuentran fajas gruesas y duras? La exploración bi-manual del útero acusa una inmovilidad absoluta, ó solamente limitada á ciertos movimientos? ¿El tacto rectal descubre una masa dura, desigual y difusa, en la cara posterior de la matriz? ¿Los fondos vaginales están ocupados por un rodete duro y grueso?

Esta exploración permitirá deducir de la movilidad ó enclavamiento del útero en la pelvis, el estado de los tejidos perimetríticos, el de los ligamentos anchos y el de los anexos.

El estado de la vejiga y del recto, lo acusan estos órganos en su funcionamiento: la disuria, la pollakiuria, las hematurias, con ó sin sedimentos orgánicos, son las manifestaciones vesicales más frecuentes de la participación del órgano urinario al neoplasma uterino. Por parte del intestino, se observan constipación ó diarrea, mucosidades sanguinolentas, tenesmo, eliminación de colgajos mucosos ó de fracciones neoplásicas gangrenadas y hemorragias frecuentes.

Los fenómenos de intoxicación urémica ó intestinal no son raros, y la muerte, en ciertos casos, puede imputarse con derecho á estos envenenamientos agudos de la economía.

Difícil, sino imposible, es averiguar en algunas circunstancias el estado del aparato linfático de la pelvis.

Algunas veces se perciben, por la palpación profunda abdominal, las masas ganglionares de las cadenas iliacas y sacras, y en la región inguinal pueden hallarse infartos también, sea directamente producidos por los vasos linfáticos de la mucosa uterina vaginal, sea indirectamente causados por la red vascular blanca del ligamento redondo.

Pero no siempre sucede así, y las más de las veces la exploración de los ganglios pélvicos es difícil y obscura.

Debe siempre sospecharse el infarto ganglionar desde que el neoplasma adquiere cierta extensión y que el período hemorrágico se inicia: la ruptura de la red capilar sanguínea, hace prever la desgarradura de la red linfática y la contaminación del aparato ganglionar.

El estudio del sistema de la circulación blanca de la pelvis, es de extrema importancia en el cáncer uterino y un foco abundante de indicaciones y contraindicaciones operatorias.

El estado general de la enferma debe ser observado con atención, por parte del Cirujano. Lo mismo que la presencia ó ausencia de fenómenos caquécticos, el estado de los riñones y la composición de la orina, la existencia de focos metastáticos cancerosos en otros órganos, etc. etc. Todas estas indicaciones son de vital interés para el juicio decisivo del Cirujano que estudia una enferma cancerosa del útero.

Por el examen anterior, hemos logrado adquirir todos los datos que nos interesan para plantear el tratamiento. El período de dudas y de conjeturas ha cesado: ahora tenemos en la imaginación el cuadro vivo, casi palpable, del estado patalógico de aquella pelvis y de la resistencia de la enferma.

Nuestra resolución no estará basada sobre ninguna hipótesis: tenemos un grupo de hechos ciertos y de lesiones existentes que nos permitirán precisar mucho nuestra conducta terapéutica.

Para decidirnos por tal ó cual recurso de curación, debemos agrupar estos hechos y estas lesiones, en *cuatro categorías*, que podrán constituir cuatro cartabones fijos, para aplicar en las clínicas nuestra terapéutica an[illegible]ncerosa.

PRIMERA CATEGORÍA.—[illegible]sma está al principio, está francamente limitad[illegible]vagina cervical restante está sana, el endometrio parece [illegible]ente sufrir lesiones inflamatorias, el útero está mó[illegible]y el recto perfectamente sanos, los ganglios li[illegible]n infartado y el estado general de la paciente esta aú[illegible]

Es á la *amputación supr[illegible]l del cuello*, á la que recurriríamos en este caso. No f[illegible]radores que recurran inmediatamente á la extirpación t[illegible] órgano, desde que observan una ulceración cancerosa del [illegible] pero con dificultad se someterá una mujer que no sufre, q[illegible] tiene hemorragias, que apenas siente ligero malestar en el vientre, á los peligros de una operación como la amputación del útero. Quitarles el útero por medio del engaño, como no falta quien lo proponga, es llevar demasiado lejos la misión del Cirujano.

Yo me siento inclinado[1] á substituir la *amputación supra-vaginal* por la *histerectomía*, en estos casos.

SEGUNDA CATEGORÍA.—El neoplasma está un poco más avanzado; el orificio cervical está profundamente destruido, la vagina cervical está dura y engruesada; pero los fondos están sanos. El endometrio secreta mucosidades, con pus ó sanguinolentas;

1 Confieso que la histerectomía *vaginal* me causa la impresión de un recurso paliativo, en el tratamiento del cáncer uterino. Instintivamente rechazo como incompleta, infiel y difícil, la ablación genital, al través del conducto vaginal, estrecho, obscuro y lejano de las cadenas ganglionares pélvicas. La incisión abdominal amplia, en la posición de TRENDELEMBURG, permite reconocer bien toda la pelvis y quitar todo, todo lo malo y lo que amenace estarlo. La operación *predilecta mia* para los cánceres uterinos es la histerectomía abdominal y la extirpación de cuanto ganglio linfático puedo percibir en la pelvis.

CLINICA QUIRURGICA.

(La Histerectomia.)

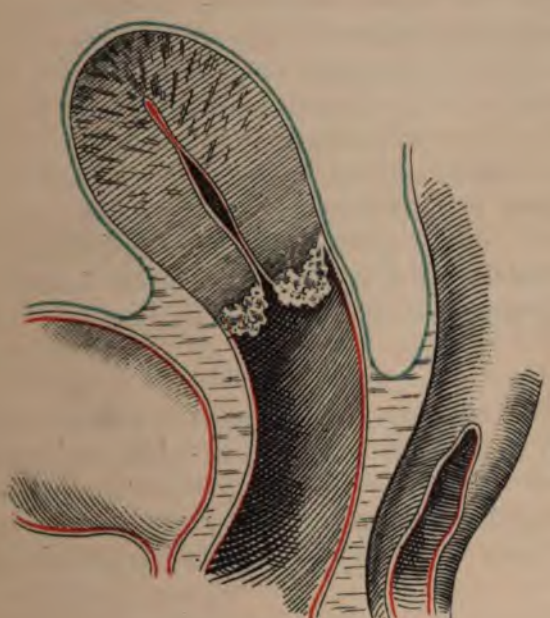


Fig. 28.—Carcinoma uterino. Forma cancroidal ó vegetante.

Lit. del Timbre.

Dr. Suarez Gamboa

el útero está móvil, el resto de los órganos pélvicos se mantienen sanos. No hay dolores, y no obstante que se han presentado algunas hemorragias, el estado general se mantiene bueno.

En semejante caso yo recurriría sin vacilar á la *histerectomía abdominal.*

TERCERA CATEGORÍA.—El neoplasma está aun más avanzado; ha invadido una ligera zona de la vagina, hay lugar á suponer que cierta extensión del cuello y del endometrio han sufrido el ataque del neoplasma; pero el útero parece aún móvil, los ligamentos anchos están indemnes y la vejiga y el recto están libres del tumor. Por la exploración bimanual se sienten los anexos crecidos y dolorosos: algunos ganglios deslizan bajo los dedos durante la exploración. Las hemorragias comienzan á formalizarse: la enferma sufre algunos dolores, su salud se resiente; pierde el apetito, comienza á enflaquecer, y su cara manifiesta ya un principio de intoxicación séptica.

Sin pérdida de tiempo verificaría yo el *vaciamiento de la pelvis.* Sería el único modo de quitar todo lo enfermo y de destruir la simiente del mal.

CUARTA CATEGORIA.—El útero está invadido en su totalidad; la vagina ofrece placas diseminadas con aspecto canceroso; el útero está inmóvil, en medio de tejidos duros, renitentes y dolorosos; la vejiga y el recto ofrecen signos de sufrimiento; el aparato linfático está perdido y el estado general malo, aun cuando no sea caquéctico.

En estas circunstancias, me abstengo de intervenir radicalmente: el caso es *inoperable.* Inoperable, bajo el punto de vista de la curabilidad, pues operable bajo el punto de vista mecánico, lo está aún.

Es este el momento de acudir á los métodos *paliativos.*

Desde entonces el Cirujano queda á su inspiración propia abandonado. Ya no curará, solamente procurará aliviar. Para esto todos sus recursos son buenos, y desgraciadamente serán pocos.

¿Qué porvenir le espera á una enferma operada radicalmente de cáncer uterino? Muy sombrío. Mi modo de pensar respecto á las recidivas neoplásicas, en estas circunstancias, se halla todo comprendido en esta frase: *la mujer que ha tenido cáncer uterino, lo tendrá.*

III

OOFORO-METRO-SALPINGITIS PURULENTAS.

Leyendo los libros y los folletos últimos de Ginecología, tiene que aceptar el lector, como conclusión, que el corolario obligado de las ooforo-salpingitis, parece ser hoy la ooforo-salpinguectomía.

Todos los autores discuten los procedimientos operatorios, comparan sus estadísticas [illegible]cas y debaten la utilidad de tal ó cual instrumento nuevo, o de t[illegible] ó cual incisión inicial; pero casi ninguno—ó por lo menos c[illegible]xtraordinaria excepción, alguno—se atreve á buscar el corre[illegible]o de este vértigo quirúrgico.

El grupo de las ooforo-salpingi[illegible]se enriquece diariamente con variedades nuevas y con forma[illegible]onocidas aún; pero su terapéutica no se sublima ante ningu[illegible]emento curativo nuevo, y su base permanece aún quirúrgica.

Desgraciadamente, mutilar no [illegible]urar.

Es tanto más importante la s[illegible]resión de los métodos sangrientos en el tratamiento de las o[illegible]foro-salpingitis, cuanto que en estos casos se acumulan á los peligros de toda intervención quirúrgica intra-abdominal, los accidentes graves llamados de *menopausa artificial;* tan bien conocidos desde los trabajos de BROWN-SEQUARD sobre las glándulas de secreción interna, y tan poco modificables, á pesar de los entusiastas escritos de JAYLE y de sus discípulos.

Desgraciadamente no puedo en este trabajo dedicarme á sostener las ventajas de los métodos conservadores; pues que la índole de mis observaciones es esencialmente mutiladora. Pero precisamente analizando estos casos operables es como se sintetizan los no operables; conociendo las indicaciones verdaderamente quirúrgicas es como se pueden hacer brotar las indicaciones médicas; y profundizando el cortejo de la mutilación es como se la toma horror y se procura evitarla.

Un enorme volumen necesitaría escribir para extender los conocimientos actuales sobre las ooforo-salpingitis[1] y os cansaría refiriendoos las impresiones que esta infección me causa y las ideas tan amplias que profeso hacia su tratamiento.

1 Este volumen constituirá un tomo especial de mi «Clínica.» Ahí fundaré, describiré y sostendré el nuevo proceso que designo por *ooforo-metro-salpingitis.*

Por eso me limitaré muchísimo, procurando tocar sólo un pequeño grupo de las ooforo-salpingitis.

Me referiré al grupo de las *ooforo-metro-salpingitis purulentas*, que encierra algunas novedades y que guarda profundo interés para el porvenir.

Con toda intención me abstengo de tratar las ooforo-salpingitis catarrales, las intersticiales, las muco-purulentas, las tuberculosas, las sifilíticas, las coli-bacilares y las secundarias de una infección general, etc., etc.

Y aun de este grupo ooforo-metro-salpingeo, sólo estudiaré ciertas indicaciones operatorias de la histerectomía; indicaciones sacadas tanto de la práctica de los ginecólogos europeos, como de la de los mexicanos y americanos que no son pocos ni menos autorizados.

Antes de abordar la parte verdaderamente quirúrgica, procuraré hacer un rápido examen á ciertos puntos de la patogenesia, del proceso que he creído conveniente designar por *ooforo-metro-salpingitis*.

Mi objeto no será cansaros con una descripción larga, minuciosa y aburrida, en este examen; pero me atrevo á esperar que sea útil mi insistencia sobre ciertos puntos de patogenesia, á fin de que mis ideas sobre el tratamiento, al desarrollarse, cuenten con una amplia y completa base.

Desde luego, deseo que convengamos todos en este punto:

Las ooforo-salpingitis son lesiones de origen francamente microbiano.

Las discusiones sobre este punto, parecen próximas á terminar por un acuerdo absoluto, no obstante las pequeñas controversias que motivaron con sus escritos LAWSON-TAIT, DALCHÉ y PROCHOWNICH.

Desde 1894 han sido clásicos los análisis de los Sres. HARTMANN y MORAX, relativos á las bacterias que producen más frecuentemente las ooforo-salpingitis, y la clasificación de ellos había sido comunmente aceptada, hasta las recientes investigaciones de YORDANOFF, que variaron un poco la enumeración en el orden de su frecuencia.

He aquí, según YORDANOFF, la serie de los microbios más constantes en las ooforo-salpingitis, enunciados según su orden de importancia: los *estreptococus* de OSTON, llamados también *mi-*

crococus piógenes de ROSENBACH; los *micrococus gonorrheæ* ó *gonococus* de HALLEIR y de NEISSER; la serie de los *estafilococus* de ROSENBACH, de PASET y de GUTTMANN; los *bacterium coli* de VIGNAL; los *pneumococus* de FRŒNKEL, etc., etc.

WITTE ha encontrado en el pus de las ooforo-salpingitis el bacilus del edema maligno.

MENGE habla de ciertas formas de ooforo-salpingitis caracterizadas por la existencia de los bacillus de KOCH, y finalmente

LEHMAN dice haber encontrado en este pus, el esquizomiceto de la actinomicosis.

Durante la evolución de ciertas fiebres infecciosas, tales como el sarampión, la viruela, la escar[illegible]ina, etc., se pueden observar ciertas formas de ooforo-salpi[illegible]s con colonias microbianas específicas. Por lo menos, esto as[illegible]ran SCANZONI, BERAUD, GOSSELIN, JOLLIARD, ZEBEDINSKI [illegible]ANSKI y algunos otros autores que se han ocupado en estudiar [illegible]ste punto.

Los gérmenes salpingeos rara vez [illegible]encuentran al estado de cultivos puros, sino que se mezcla[illegible] combinan y reunen su actividad desorganizadora y sus pr[illegible]lades tóxicas. No es extraño ver el estreptococus unido al [illegible]ocus, ó éste con el pneumococus, ó los estafilococus con [illegible]eptococus; ó todos reunirse y acumularse.

La esterilidad del pus oofo[illegible]ingeo es enteramente excepcional, casi ningún autor de v[illegible]ogía cree en ella; por el contrario, este pus goza de la fama más terrible en cuanto á sus propiedades virulentas.

WITTE, dice haber encontrado cinco veces el pus estéril, en treinta y nueve investigaciones sobre las ooforo-salpingitis.

Esta pequeña invasión al terreno de la Bacteriología, nos ha permitido recordar las variedades más frecuentes de los gérmenes que se imputan causantes de las ooforo-salpingitis.

Es decir, que conocemos los elementos primordiales de la teoría microbiana de este proceso séptico y que aceptando la acción de ellos, admitiendo el origen zimótico de las inflamaciones y en particular de las inflamaciones purulentas—punto discutible; pero cuya discusión no es del caso—llegaremos á acordar que efectivamente las ooforo-salpingitis no son más que el resultado constante de la infección parasitaria de los anexos. Tendremos que aceptar esta teoría, entre tanto la Clínica futura nos ofrezca otra más satisfactoria.

CLINICA QUIRURGICA.

(La Histerectomia.)

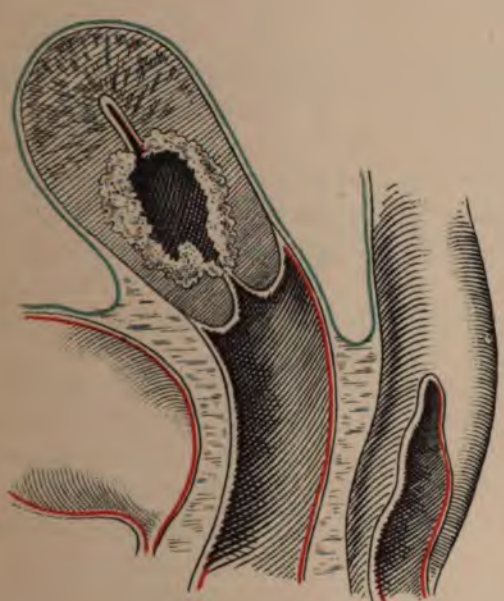


Fig. 29.—Carcinoma uterino. Forma cavitaria.

Lit. del Timbre.

Dr. Suarez Gamboa

Pasemos, pues, á este otro punto de vital importancia:

La infección ooforo-salpingea, en el mayor número de los casos, no es sino la resultante de un estado séptico del útero, anterior á la lesión anexial.

En circunstancias hasta ahora incompletamente estudiadas en su esencia, la infección puede llegar á los anexos por vías diversas de la uterina y se habla de las ooforo-salpingitis por infección general, por lesión peritoneal previa, por accidentes intestinales ó apendiculares, por herida traumática externa, etc.

Estas variedades no tienen para nosotros actualmente ningún interés.

La existencia de las bacterias en el útero y muy particularmente en el endometrium, es el punto inicial de la infección tubo-ovárica.

El endometrio normal no contiene microbios, según los análisis publicados durante el presente año, por JEAN HALLÉ. Es preciso, pues, admitir un estado previo de infección uterina. La lesión inicial es la *metritis*.

La propagación de la inflamación del útero á los anexos, se verifica de una manera complexa, siguiendo dos vías principales.

Desde luego, la continuidad anatómica de la mucosa uterina con la mucosa tubaria, al través del *ostium uterinum*, permite comprender que los microbios tengan comunicación franca y fácil, desde la cavidad del útero hasta la cavidad salpingea.

El movimiento ciliar del epitelium uterino, no ofrece sino una barrera poco resistente á la marcha ascendente de los microbios, y el epitelium salpingeo, tampoco puede resistir mucho al avance, de los gérmenes contra la dirección de sus filamentos vibrátiles. Véanse á este respecto los trabajos de WYDER, de DURHSEN ó de SCHMIT.

Los microbios no solamente avanzan sobre los anexos, por la superficie del epitelium del endometrium, sino que penetrando en la intimidad del tejido de la mucosa, recorren esta en todas direcciones al través de su retículo intra-celular, merced á sus facultades de amiboidismo.

LUCAS CHAPIONNIÉRE, el conocido Cirujano francés, ha llamado la atención sobre la importancia del aparato linfático útero-anexial, en el proceso de la infección ooforo-salpingea. No quiero detenerme en la descripción anatómica del riquísimo plexus

linfático útero-anexial, tan bien conocido por todos los Cirujanos. Básteme recordar que el útero es un órgano abundantemente dotado de capilares linfáticos, que su mucosa, su parenquima muscular, su peri y para-metrium, están materialmente cribados por los trayectos de los vasos de la circulación blanca, y que esta circulación está de tal manera ligada con la de los anexos uterinos, que clínicamente podrían considerarse estas dos circulaciones, como constituyendo un propio y único departamento linfático.

Los ligamentos anchos; los pliegues útero-salpingeo, utero-ovárico y ovaro-tubario; los tejidos todos que constituyen lo que designamos comunmente *el para-metrium*, están recorridos en todas direcciones por vasos linfáticos que se mezclan, se cruzan, se anastomosan y constituyen un intrincado plexus de abundante circulación linfática.

La penetración de los gérmenes de la inflamación, en un punto cualquiera de esta red blanca, equivale al dominio de toda la zona útero-tubo-ovárica, con sus tejidos celulares adyacentes.

Este punto es casi siempre el endometrium. Es este el más al alcance de los traumatismos, el más expuesto á las infecciones exteriores, vaginales ó directas, y el que sufre el primer golpe de los accidentes que más frecuentemente alcanzan el aparato genital interno de la mujer.

Hemos visto, pues, que la infección ooforo-salpingea puede hacerse por dos vías:

I. *Directamente por continuidad con la mucosa uterina.*

II. *Indirectamente por comunicación completa con el aparato linfático del útero.*

Estos dos puntos estudiados nos permiten aceptar esta conclusión:

La infección anexial reconoce con muchísima frecuencia la existencia de una infección uterina previa.

Pasemos á otro punto de estudio, no menos interesante para mis conclusiones:

Quienquiera que conozca las poderosas aptitudes vitales de los microbios, y muy particularmente de algunas variedades tales como los *estreptococus*, los *gonococus* y algunos *bacillus*, comprenderá, desde luego, que la penetración de ellos en el interior de los capilares linfáticos, no es un fenómeno meramente mecánico sujeto en un todo á la hidrostática, sino que poniéndose en

inusitada actividad las propiedades protoplásmicas, tanto de los gérmenes invasores como de los elementos endoteliales invadidos, los fenómenos consecutivos adquieren la confusión, la intensidad y la variabilidad de todas las manifestaciones de la vitalidad celular.

De aquí, los depósitos kariokinéticos de METCHNICOFF, las acumulaciones infiltradas de gérmenes neógenos, y el desarrollo de grandes cantidades de productos solubles, residuos últimos de la desintegración orgánica, en el drama obscuro que se llama *la infección.*

Estos fenómenos nacen en el punto primeramente invadido, se extienden luego por las cercanías de él, y á medida que el proceso adquiere vigor y resistencia, van avanzando por las vías fáciles de comunicación, van extendiendo su poderosa acción, y terminan con un tejido, con un órgano ó con un ser.

Los vasos linfáticos y las cavidades virtuales del tejido conectivo, son estas vías más fáciles de comunicación.

En la infección útero-anexial, que me ocupa, los fenómenos celulares se inician en el epitelium del endometrium, se extienden á la intimidad de la mucosa, recorren con los capilares blancos y aun con algunos rojos, el parenquima propio del útero, llegan al peri-metrium, á los anexos, á los ligamentos anchos, y alcanzan la totalidad del para-metrium, para detenerse en los órganos linfoides de la pelvis ó invadir la economía entera.

Es esta infección progresiva la que va constituyendo la *endometritis*, primero; la *metritis intersticial* ó *parenquimatosa*, después: luego la *ooforo-metro-salpingitis*, y por último las *parametritis* ó *flegmones pélvicos* y las *septicemias generales*, tales como la *puerperal* y la del *flegmón difuso de la pelvis.*

Las ooforo-salpingitis no son, en rigor, más que un epifenómeno de la infección uterina y están íntimamente é inseparablemente unidas con el proceso del útero mismo.

Ruego al lector, recuerde que hemos hecho abstracción del grupo de las ooforo-salpingitis, de origen no uterino, y que sólo á las de este origen me refiero al decir el nombre de ooforo-salpingitis.

Estas ooforo-salpingitis ligadas en su esencia y en su evolución con el útero mismo, forman un tipo nosológico individual, distinto de las otras lesiones anexiales y poseedor de una sintomatología, de un pronóstico y de un tratamiento especiales.

Los autores de Ginecología *lo entrevén, pero lo descuidan; lo sospechan, pero no lo describen.*[1]

1 Véanse todos los autores clásicos de Ginecología y las Revistas mensuales europeas.

Este proceso que he procurado únicamente delinear, constituye una enfermedad ginecológica, definible por *ooforo-metro-salpingitis.*

No es mi ánimo sostener la nueva creación nosocomial que he procurado describir; ha sido mi intención revelar su existencia, demostrándola en esta graduación:

I. *Las ooforo-salpingitis son de origen microbiano.*
II. *La infección tubo-ovárica, está íntimamente ligada con la infección uterina previa y*
III. *La infección del útero al extenderse hasta los anexos, constituye un proceso úni[illegible]ndividual.*

Este proceso es la OOFORO-M[illegible]-SALPINGITIS.

En estos casos de ooforo-me[illegible]alpingitis, junto con la infección uterina y anexial, el perit[illegible]e revestimiento en estos órganos y el tejido conjun[illegible]itoneal, sufren la influencia de los gérmenes de la i[illegible]e ven desarrollarse focos pequeños de verdaderas per[illegible]e terminan, lo más á menudo, por adherencias pe[illegible]s ó menos organizadas. Son en la cara posterior del u[illegible] el fondo de Douglas y en los pliegues ovárico y tuba[illegible] ligamentos anchos, donde se observan estas peritonitis [illegible]esivas con más frecuencia.

Esta invasión del peritoneo pélvico y de su tejido sub-peritoneal, por los gérmenes piógenes de las ooforo-metro-salpingitis, puede ser de gran importancia para el ginecólogo.

La abertura operatoria de los departamentos linfáticos peri-uterinos y para-metríticos; la desgarradura quirúrgica, en una extensión amplia, del tejido celular sub-peritoneal infiltrado de gérmenes, puede, en ciertas variedades de ooforo-metro-salpingitis, ocasionar desórdenes de infecciones peritoneales inexperadas.

A este respecto, voy á citaros una observación de esta naturaleza, que ofrece notable interés:

La Señora Concepción C. de N. . . . , de 38 á 40 años de edad, casada, leucorréica desde sus primeras relaciones conyugales, sufre desde hace cinco años accidentes de ooforo-metro-salpingitis, intensos. Su matrimonio data de ocho años.

Tanto en Europa como en México, ha procurado constantemente hacerse curar de su padecimiento, sin lograrlo jamás.

Su estado es completamente el de una inválida. Sufriendo cons-

CLINICA QUIRURGICA.

(La Histerectomia.)

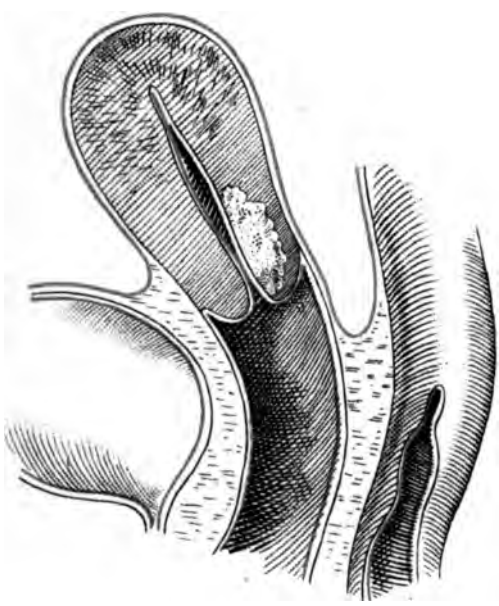


Fig. 30. Carcinoma uterino. Forma modular.

Lit. del Timbre.

Dr. Suarez Gamboa

tantemente dolores abdominales, martirizada por la leucorrea que aunque intermitente, le escoría la vagina y los muslos, atravesando crisis agudas de sufrimientos durante las épocas menstruales, la Señora de N. . . . ha concluído por separarse completamente de su esposo, desde hace más de tres años, por el tormento insoportable que las relaciones conyugales le causan.

El día 7 de Mayo de 1898, cuando la ví por primera vez, hice el diagnóstico de *ooforo-metro-salpingitis purulenta no quística* y le propuse después de un mes de tentativas quirúrgicas, infructuosas, la ooforo-metro-salpinguectomía abdominal.

Esta operación la realicé en el mes de Julio de ese mismo año.

Desde que abrí el vientre pude percibir el útero muy grueso, congestionado, lleno de adherencias con los anexos y fijo en retroversión por algunos tractus fibrosos de su cara posterior. Los anexos completamente perdidos: las trompas sinuosas, con engruesamientos parciales que les daban aspecto de rosarios; los ovarios muy grandes, caídos en el fondo de Douglas y microquísticos. Los anexos del lado derecho estaban ocultos por el apéndice vermicular, que se les adhería íntimamente, serpenteando en su superficie.

Hice la histerectomía total, por mi procedimiento particular, en presencia de multitud de estudiantes de Medicina y de los Dres. Joaquín Vértiz, Numa Torrea, Ricardo Tapia Fernández, Ortiz, Vargas, Montenegro y algunos otros.

Mi asepsia fué perfecta y mi operación tan rápida y feliz, que duró solamente cuarenta y siete minutos.

Desde que seccioné las numerosas bridas adherentes y percibí el engruesamiento de los ligamentos anchos, comprendí que la infección microbiana alcanzaba ampliamente el para-metrium.

En efecto, durante el aislamiento lateral del útero, podía ver con claridad la luz abierta y esclerosada de los vasos linfáticos seccionados, y al tallar mis colgajos peritoneales uterinos, para cubrir el futuro muñón vaginal, notaba que mi bisturí trabajaba en un tejido sub-peritoneal, duro y esclerosado. Fué preciso resecar el apéndice, pues aparentaba estar contaminado también, y esta sencilla maniobra fué realizada sin incidente alguno en tres ó cuatro minutos: la sutura del pequeñísimo muñón apendicular, quedó de todo mi beneplácito.

Cerré la vagina y el vientre, altamente satisfecho de la operación y augurando una rápida y venturosa curación á los asistentes que me rodeaban. Eran las doce del día, del 20 de Julio.

Esa tarde fué buena; pero ya como á las ocho de la noche, li-

geros dolores comenzaron en el vientre, se iniciaron vómitos intensos, y el pulso comenzó á subir á 90 y 95.

A las once de esa noche el pulso batía á 120 y 130, con algunas intermitencias; la respiración se aceleraba, el vientre se comprimía fuertemente bajo el vendaje de la curación; los dolores abdominales arrancaban constantes lamentos á la enferma, y los vómitos tomaban cierto carácter porráceo. Las facciones se hundían, la agitación era grande y se presentaba algo de delirio. Temperatura 37°

A las dos de la mañana del día 21, la situación era muy comprometida: el pulso estaba á 140 y 150, casi incontable, muy pequeño, irregular y lleno de i itencias. La respiración superficial y muy acelerada. La ten atura á 36°2. Los vómitos habían sido remplazados por i itaciones negruzcas, la cara horriblemente desfigurada, la ubierta por un sudor viscoso y frío, la lengua enterame eca. Creía ver morir de un momento á otro á mi operada. ida sólo parecía sostenerse merced á las altas dosis de e , cafeina, esparteina y aceite alcanforado que constanteme yectaba en el tejido celular.

A esas horas comencé á , lentamente, solución caliente de cloruro de sodio a vena mediana cefálica del brazo derecho: la inyecci hora y penetraron cerca de 2,000 gramos de líquido.

Algo reanimada la enferma llegó sta las siete de la mañana, hora en que acompañado de los Dres. NUMA TORREA, CALIXTO VARGAS Y ORTIZ, resolví reabrir el vientre.

Sin anestesia y mientras el Dr. TORREA le practicaba á la enferma grandes inyecciones de suero artificial caliente, en el tejido celular de los flancos, yo, por la vagina, comenzaba á destruir las suturas de la víspera.

Abierta la cavidad del peritoneo, escurrió por la vagina, con abundancia, un líquido sero-sanguinolento, de olor desagradable y untuoso al tacto. Recorrí con dos dedos la cavidad de la pelvis en la extensión que pude, sin hallar nada de anormal.

Por la misma vagina coloqué dos gruesos tubos de caucho vulcanizado y comencé á lavar la cavidad pélvica con agua hervida y caliente. Por un tubo entraba el líquido y por el otro salía. El irrigador que utilizaba es de tres litros de capacidad y pasé por los tubos, durante este primer lavado, cerca de cien veces la capacidad del irrigador.

El efecto de este lavado, combinado con las inyecciones subcutáneas de suero, fué casi maravilloso: la enferma abrió los ojos,

el pulso se llenó algo, la inteligencia volvió y algo se humedeció la lengua.

A las dos de la tarde, veían en junta conmigo á esta operada, mis maestros los Sres. FRANCISCO DE P. CHACÓN y JOAQUÍN VÉRTIZ y mis amigos los Dres. ANTONIO A. LOAEZA, GERMÁN DIAZ LOMBARDO y RICARDO TAPIA FERNÁNDEZ.

Estos señores aprobaron mi diagnóstico de *septicemia peritoneal sobre-aguda*, y me animaron á perseverar en el mismo tratamiento.

Los lavados calientes los continué cada cuatro ó cinco horas, y la enferma comenzó á mejorarse.

En fin, para no cansar diré, que ocho días después le retiré los tubos, y un mes más tarde abandonó la cama, completamente curada á mi juicio y al de los Dres. VÉRTIZ y CHACÓN, que la volvieron á ver.

Hoy vive en México enteramente curada.

Esta historia, tan suscintamente referida, nos demuestra, con evidencia, la influencia desastrosa de la infiltración microbiana pélvica, en los casos de ooforo-metro salpingitis purulentas.

No tengo la menor duda hacia la correcta asepsia de mi operación anterior, y en cuanto á mi técnica operatoria, la tengo ya bien experimentada y confío enteramente en ella; así, sin vacilar, hago responsables á los gérmenes infiltrados en el parametrium y en el para-ovarium, de esta septicemia peritoneal, tan brutal en su desarrollo y tan felizmente combatida.

Hemos visto, aunque ligeramente, algo de la patogenesia de las ooforo-metro-salpingitis purulentas. Estos datos nos permitirán formarnos criterio terapéutico en todas ellas; pero limitaré mi estudio solamente á las dos formas más importantes:

A las *ooforo-metro-salpingitis purulentas puerperales* y á las *ooforo-metro-salpingitis purulentas quísticas*.

OOFORO-METRO-SALPINGITIS PURULENTAS PUERPERALES AGUDAS. [1]

En este proceso séptico se destacan brillantemente los escritos recientes de SCHTUSCH, de GOLDSBOROUGH, de HANGS y de VINEBERG; y las operaciones tan notables de MICHAUX, de ROOSEM-

1 Las indicaciones de la histerectomía en estos casos son muy poco conocidas aún por *ciertos autores*, debido á la novedad del proceso y al giro peculiar que la Cirugía moderna ha sufrido.

BURG, de LANDAU y de BOUILLY, le dan un giro acentuado de actualidad.

La raspa de la matriz había sido el tratamiento más vulgarizado para combatir la infección ooforo-metro-salpingea puerperal, y por consecuencia, la intoxicación puerperal de la economía entera; es decir, *la fiebre puerperal.*

Algunos autores, como FIEUX y CHALEIX, aconsejan hasta la raspa repetida dos ó tres veces, y esta opinión no está muy lejos de ser también la de PINARD, para los casos de septicemia uterina puerperal grave.

Yo creo que en la endometritis puerperal, la indicación primera, constante y urgente, es la desinfección enérgica de la cavidad uterina, por medio de raspas repetidas, si es preciso, y de abundantes lavados antisépticos de la misma cavidad.

Pero con frecuencia sucede que esta desinfección es aleatoria, que la temperatura abatida por algunas horas vuelve de nuevo á subir con violencia, que los signos de infección se reproducen con intensidad, y que la enferma parece no haber obtenido beneficio alguno con la serie de curaciones que ha sufrido.

¿Qué ha sucedido entonces? ¿Debe declararse la inutilidad de la raspa uterina y de los lavados antisépticos, en estas infecciones puerperales?

Distingamos.

Si en nuestra imaginación volvemos rápidamente á recorrer los detalles de la patogenesia de las ooforo-metro-salpingitis, recordaremos que dos son los principales períodos de su evolución:

El primero francamente uterino.

El segundo de generalización linfática y de propagación directa al para-metrium y á los anexos.

Durante el período inicial, durante la faz de endometritis, la raspa uterina es el recurso omnipotente para destruir la infección y suspender la intoxicación. El filo de la cucharilla arranca y extirpa toda la capa superficial del endometrio, y en esta capa, arrastrada por los lavados antisépticos, se van los microbios, los elementos destruídos y los productos de la destrucción elemental.

Si el proceso ha profundizado un poco su acción sobre las paredes uterinas, podrá una única raspa no ser suficiente para destruirlo completamente; y la necesidad de levantar un espesor mayor de tejidos, á fin de extirpar toda la zona infectada, podrá

CLINICA QUIRURGICA.

(La Histerectomia.)

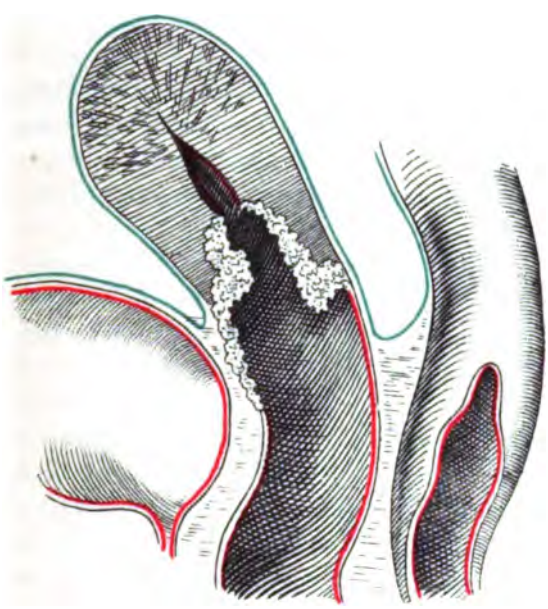


Fig. 31.—Adeno-carcinoma del útero, invadiendo la vagina.

Lit. del Timbre.

Dr. Suarez Gamboa

requerir el aumento en el número de las raspas intra-uterinas con la cucharilla, y necesitarse hacerla dos ó tres veces, como lo indican FIEUX y CHALEIX.

Pero si el proceso ha invadido ya los linfáticos, si el estreptococus ha ganado los anexos y el parametrium; si el parenquima propio del útero está infiltrado de gérmenes que lo recorren, emigrando en todas direcciones, y lo saturan de productos tóxicos; si las lesiones clásicas de la ooforo-metro-salpingitis se han desarrollado en todo su vigor, la raspa uterina no tendrá absolutamente ninguna influencia sobre este proceso séptico, pues su acción queda únicamente limitada á la superficie interna del útero, sola región accesible al filo de la cucharilla.

Mas como quiera que la *endometritis puerperal* no nos interesa sino como origen ó faz transitoria de la ooforo-metro-salpingitis puerperal, dejaremos sin tratar, las indicaciones y la orientación de su tratamiento y pasemos á la ooforo-metro-salpingitis aguda puerperal, ya constituída.

Es decir, ocupémonos de ese estado particular del útero, en el cual se halla saturado de gérmenes y toxinas en todo su espesor; en el que su circulación linfática está apretada de estreptococus; en el que los anexos y el parametrium son nidos infinitos de estreptococus y de otros gérmenes, y en el que, en resumen, todo el aparato genital interno está transformado en un inmenso campo microbiano, en un almacén de toxinas, en una masa porosa, por cuyos intersticios corren venenos, á semejanza de un inmenso chancro infectante puerperal.

Por supuesto que este depósito de los gérmenes y de sus producciones, no pasa desapercibido para la economía entera, y que la circulación roja, en particular la venosa, coopera activamente con la blanca, para difundir por todo el organismo los venenos elaborados en el útero, para transportar, constituyendo metastasis coloniales, los gérmenes que se agitan en la región genital, y para transformar la ooforo-metro-salpingitis puerperal aguda, en *septicemia puerperal*, de un modo análogo á la transformación de la endometritis puerperal en ooforo-metro-salpingitis.

La septicemia puerperal tiene tres períodos en su evolución clínica:

I. Período de endometritis.
II. Período de ooforo-metro-salpingitis.
III. Período de generalización.

Se comprende, pues, la importancia tan grande del tratamiento

del período de ooforo-metro-salpingitis, cuando se ha tenido la poca fortuna de no asistir ó de no haber podido curar, al de endometritis.

La ooforo-metro-salpingitis puerperal aguda no tiene tratamiento, ni actualmente se puede curar. La indicación es separar del resto del organismo la región contaminada.

La misión del Cirujano es aquí evitar la generalización del proceso. Su papel es semejante al que ejerce cuando amputa una pierna gangrenada y séptica, cuando reseca un maxilar enfermo, cuando quita un testículo tuberculoso ó reseca un estómago carcinomatoso.

La indicación principal que tendrá que llenar, pues, en la infección ooforo-metro-salpingea pu[illegible]eral, es la ablación genital interna.

¿Pero es esto posible? ¿Habría ventajas en suprimir el útero con sus anexos, en un proceso que dura localizado algunas horas y cuyas tendencias son e[illegible]mente difusibles? ¿Aun en el período de difusión, habría u[illegible]ráctica con esta mutilación?

La posibilidad de la oofor[illegible] salpinguectomía en la infección puerperal está fuera d[illegible]: allí están las técnicas de la colpo-histerectomía y de la l[illegible]aro-[illegible]isterectomía que lo indican, y ahí están, también, las operacio[illegible]nes de ROOSEMBERG, de MICHAUX, de BOUILLY y de LANDAU, y el trabajo de LONGUET, que lo comprueban.

Las ventajas de suprimir con el útero y los anexos, el almácigo tóxico puerperal, es evidente: si se tiene la suerte de operar antes del período de difusión, lo que es enteramente excepcional, se habrá salvado á la enferma de los riesgos de la generalización puerperal; pero si la operación se emprende cuando ya la circulación general arrastra productos tóxicos, como es de regla, la enferma también obtendría ventajas.

La infección puerperal de la economía, rara vez se hace en un solo tiempo; por lo común las toxinas penetran á la circulación de la sangre, por golpes de desagüe del útero, que se van repitiendo á medida que la saturación del órgano llega á su máximum y provoca el derrame de los productos que lo embeben. Estos desagües periódicos pueden ser más ó menos frecuentes, según la virulencia de los microbios y la resistencia de los tejidos útero-anexiales, y pueden llevar más ó menos rápidamente la economía al grado mortal de intoxicación, según la velocidad de su depuración al través de los emontuorios naturales.

Pero si suprimimos con oportunidad el laboratorio de los microbios, si la esponja infectante ooforo-metro-salpingea, la extraemos de la cavidad de la pelvis, evitaremos los nuevos desagües de toxinas en la sangre, aun cuando dejemos una gran dosis de venenos circulando ya por la economía.

Ahora bien, en estas circunstancias, el organismo no tiene que luchar mas que con una cantidad limitada de veneno; la sangre no recibe nuevos tósigos; los órganos eliminadores sacan de ella, paulatinamente, estas substancias venenosas que no se renuevan y lentamente va disminuyendo esta intoxicación, ya bien determinada.

Estas condiciones, en una mujer cuyos órganos eliminadores y depuradores están íntegros, cuyos riñones funcionan normalmente y cuyo corazón no sufre degeneración alguna, equivalen casi á una curación.

Se comprende que la ooforo-metro-salpinguectomía, sería inútil, si no perjudicial, cuando la septicemia es intensa, cuando la vitalidad de la mujer está seriamente comprometida, y cuando el origen de la infección no esté ya localizado al útero y á sus anexos, sino que existan metastasis específicas en otros órganos.

Ciertamente que la ablación genital completa no es una operación sencilla; pero la gravedad de las ooforo-metro-salpingitis agudas puerperales, merece que se discuta la oportunidad de tan importante operación.

Las enfermas en las cuales está indicada esta ooforo-metro-salpinguectomía, se hallan, por lo regular, agotadas por el rudo enemigo que se alberga en su pelvis, y destruída parcialmente su resistencia vital, por el enorme choque de las reacciones físico-químicas que en el interior de sus tejidos se verifican. ¿En semejantes condiciones, tan malas, podrían soportar las costas de una histerectomía total?

La histerectomía, por el incesante progreso de su técnica y por los recursos de la era quirúrgica en que actualmente evoluciona, se ha vuelto una operación poco traumatizante.

La vaginal, que tanto parecía ofrecer, ha sufrido grandes reproches, pues que si bien es cierto que expone poco el peritoneo á las contaminaciones, en cambio ofrece muchas dificultades para la retroversión y abatimiento del útero, en este caso, en que las lesiones puerperales han modificado ya la consistencia del parenquima uterino.

Pero la histerectomía abdominal, con su técnica fácil y rápida,

con las modificaciones actuales en el medio operatorio y con el ancho y bien alumbrado campo de acción que ofrece, se presta admirablemente para estos casos de delicado pronóstico.

¿Qué resultados tiene la ooforo-metro-salpinguectomía en la ooforo-metro-salpingitis aguda puerperal?

Al porvenir toca resolver esta cuestión. Hasta hoy se conocen nueve casos bien comprobados, verificados en plena septicemia puerperal, y han dado siete curaciones.

Estas cifras son halagadoras y nos permiten esperar que la histerectomía total, que ha sido ya un gran paso para la curación de las ooforo-metro-salpingitis puerperales agudas, sea también un poderoso recurso para luchar contra la septicemia puerperal, la *bète noir* de las mujeres parturientes.

OOFORO-METRO-SALPINGITIS PURULENTAS QUISTICAS.

Pio-salpinx.

Voy á referir rápidamente diez historias clínicas, que corresponden á algunas observaciones sobre las cuales basaré mis conclusiones:

Observación I.

Señora Carlota X. . . . , de México, de 35 años de edad, casada, nulípara, con antecedentes genitales blenorrágicos, que datan de ocho ó diez años.

De la clientela del Dr. Jesus Valdez Sánchez.

Pio-salpinx, bilaterales muy adherentes.

Operada en Agosto de 1898 por la vía abdominal, de ooforo-salpinguectomía bilateral.

Resultados dudosos: los dolores continúan, el útero ha quedado grande, en retroversión y ligeramente secretante.

Observación II.

Señora María de N. . . . , 40 años, casada, nulípara, antecedentes no francos de blenorragia.

CLINICA QUIRURGICA.

(La Histerectomia.)

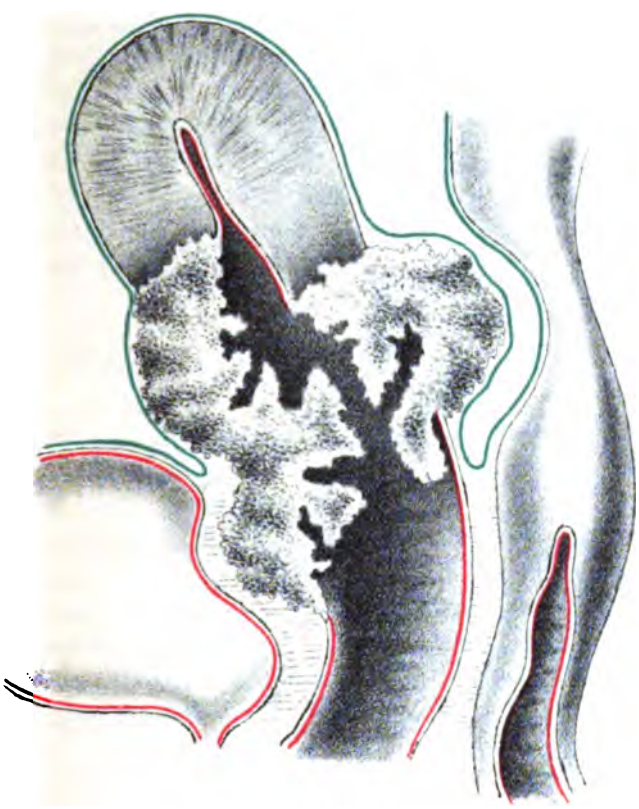


Fig. 32.—Adeno-carcinoma vegetante, útero-vaginal, comprimiendo notablemen- el recto y haciendo relieve en la vejiga.

Lit. del Timbre.

Dr. Suarez Gamboa

Ooforo-metro-salpingitis, quística bilateralmente.

Operada en Agosto de 1898 en unión de los Dres. TORREA, MADRIGAL y ALVAREZ, de ooforo-salpinguectomía bilateral.

Resultados malos: la enferma continúa aún en cama, inválida por sus dolores. Se resiste á sufrir una nueva operación.

OBSERVACIÓN III.

Señora Luisa de M. de O. . . . , natural de Toluca, de 32 años, nulípara, sin antecedentes tangibles de blenorragia.

Ooforo-metro-salpingitis purulenta quística. Enferma del Dr. RICARDO TAPIA FERNÁNDEZ.

Operada en Agosto de 1898, de ooforo-metro-salpinguectomía abdominal, por mi procedimiento.

Curación radical sostenida.

OBSERVACIÓN IV.

Señora Manuela N. . . . , soltera, 38 años, sin antecedentes genitales.

Pio-salpinx izquierdo.

Operada en Marzo de 1898 de ooforo-salpinguectomía izquierda.

Resultado malo: los dolores continúan, la leucorrea no cede.

En Septiembre, á pesar de un constante tratamiento, se hace menester volver á operarla de histerectomía. Esta vez los resultados fueron ciertos, y la curación completa se ha sostenido.

OBSERVACIÓN V.

Señora A. Rodríguez, 40 años, multípara, casada, antecedentes leucorreicos desde un aborto, hace cinco años.

Pio-salpinx izquierdo.

Operada de histerectomía abdominal total en Septiembre de 1898.

Curación rápida y completa.

Observación VI.

"La Señorita M. G. V., soltera, de 26 años, con antecedentes tuberculosos y neuropáticos, sufre desde hace cinco años un padecimiento abdominal, cuya intensidad ha sido tal, durante los últimos dos años, que ha obligado á esta pobre niña á pasarlos en cama, sin movimiento y sin consuelo.

"Principió por un dolor acentuado en el hipogastrio, que no tardó en extenderse á las regiones iliacas y de aquí á todo el vientre. La constipación era intensa y rebelde, interrumpida de vez en cuando por episodios diarréicos de extremada abundancia.

"Los dolores abdominales se exacerbaban muchísimo al aproximarse estas crisis intestinales; el pulso se elevaba, el vientre se meteorizaba, la temperatura subía á 38° ó 38°5, y todo volvía á apaciguarse cuando la tendencia diarréica se iniciaba. La Srita. M. . . . asegura muy formalmente haber arrojado, en dos ó tres ocasiones, grandes cantidades de sangre, durante sus evacuaciones paroxísticas; pero el Sr. . . . médico de cabecera, asegura lo contrario.

"Sus digestiones son laboriosas y todas las tardes sufre accidentes dispépticos marcados.

"Algunas veces suele suceder que sus dolencias se apaciguan, su vientre se afloja y suavízase la constipación cede y el estado general se mejora; pero estas euforías son enteramente transitorias, y bien pronto redoblan sus padecimientos, adquiriendo algunas veces caracteres de verdadera gravedad.

"El día que por primera vez la estudié llevaba ya un mes de crisis y dos años de no levantarse de su cama. Encontré una señorita bien constituída, de aspecto sufriente, notablemente instruida y de rara inteligencia. Con verdadero derroche de ingenio y de atención, me contó lo que á grandes rasgos llevo dicho ya.

"Nada extraordinario ofrece en ninguno de sus órganos extraños al abdomen. Todo su padecimiento está ahí.

"El vientre estaba muy elevado y timpánico en toda su extensión. El hígado, el bazo, los riñones, el estómago, parecían sanos.

"Aun cuando el dolor se marcaba en todo el vientre, con algo de cuidado podía observarse que era mayor en la zona hipogástrica, y que sobre las regiones ováricas tenía sus focos más intensos.

"El útero podía percibirse ligeramente y los anexos se notaban crecidos: esta exploración era extraordinariamente dolorosa.

"La fosa iliaca izquierda estaba ligeramente obscura á la percusión, y en ella se marcaba una zona sub-mate de forma alargada y de gran diámetro vertical. Dos purgantes suaves no hicieron desaparecer esta zona de sub-macicez.

"Los períodos menstruales eran irregulares en cantidad y fecha: había algo de dismenorrea.

"Desde luego mi atención se dirigió á la pelvis, y mi diagnóstico fluctuaba entre una *ooforo-metro-salpingitis* con *para-metritis* y *peritonitis crónica*, un *absceso pélvico fistuloso* y una *peritonitis tuberculosa*.

"Deseché la idea de un *absceso pélvico fistuloso*, por la falta de mi constancia personal del pus, en las evacuaciones, por la falta de la hecticidad ó de la septicemia crónica, por la ausencia de grandes fiebres en el anamnéstico y por la carencia de etiología clara para demostrar dicho absceso.

"Rechacé la *peritonitis tuberculosa*, por la ausencia de ganglios mesentéricos inflamados, por la falta de derrame intra-peritoneal, por la gran duración del proceso y por el perfecto estado de todos sus órganos abdominales superiores y torácicos.

"Acepté de plano la idea de una *ooforo-metro-salpingitis, con inflamación crónica del parametrium y del peritoneo pélvico*.

"El médico de cabecera aceptó mi modo de juzgar, y propuse la laparotomía con toda formalidad.

"El día 15 de Agosto de 1898 la realicé, y he aquí la descripción de ella:[1]

"La incisión abdominal tuvo, desde luego, el detalle curioso de no haber encontrado verdadera *línea blanca*, sino la modalidad anatómica de las aponeurosis abdominales anteriores, que describo en mi trabajo "*Sutura abdominal después de la laparotomía*."

"El peritoneo parietal estaba notablemente vascularizado y su corte sangró bastante. El peritoneo visceral, muy particularmente el del intestino delgado y el de la ámpula cólica, ofrecía placas de despulimiento y marcada aspereza, como del diámetro de un peso, y algunas mayores aún. El útero estaba muy congestionado, grueso y con bridas organizadas que lo retenían en retro-flexión.

"Los anexos: el izquierdo, poliquístico el ovario y dilatada y enormemente congestionada la trompa; el derecho, la trompa hidro-quística y un pequeño hemato-quiste en el ovario.

1 La operación la hice en Zamora, Estado de Michoacán, á donde había ido con el Dr. Torrea á practicar una ovariotomía.

"Todo el peritoneo pélvico estaba rojizo y sembrado de pequeñas adherencias filamentosas, bien organizadas.

"Procuré limpiar la serosa pélvica de esas adherencias; resequé la trompa y el ovario izquierdos, la trompa derecha y la mitad del ovario derecho.

"Al dejar en la pelvis un fragmento de ovario—que suponía sano—me impulsó la idea de procurar evitar, en lo posible, los accidentes de menopausa artificial.

"El útero, libre de sus conexiones inflamatorias, quedó en su posición normal.

"El resto de la operación no ofreció nada de interés.

"La Señorita M. . . . despertó del cloroformo sin muchos dolores, con pocas náuseas y casi tranquila.

"La tarde de ese día fué relativamente buena.

"A las ocho de la noche: calofríos repetidos, malestar acentuado, vómitos mucosos, ligero meteorismo. Temperatura 37.9. Pulso 90. No ha orinado y hay que recurrir al cateterismo de la vejiga. A las doce de la noche: Los calofríos han cesado, la agitación es mucho mayor, dolores abdominales muy agudos, respiración anhelante, meteorismo acentuado, facies peritoneal, vómitos porráceos. Temperatura 37°4. Pulso 120.

"Agosto 16 de 1898.—A las tres de la mañana: la situación casi perdida. Pulso á 150. Hipo, regurgitaciones porráceas, delirio tranquilo, meteorismo enorme, parálisis intestinal y vesical completas, piel seca y áspera, cara agónica y respiración difícil.

"Inyecciones hipodérmicas de estricnina, cafeina y aceite alcanforado. Hipodermoclisis con 500 gramos de suero artificial.

"A las ocho de la mañana: la misma situación. La Señorita G. V. se dispone á morir, recibiendo la extremaunción.

"A las diez de la mañana: la gravedad es espantosa; la muerte parece inminente. Haciendo un esfuerzo irresistible de energía y valor quirúrgicos y á pesar, casi, de la familia y personas allí presentes,[1] el Dr. TORREA cloroforma á la paciente, y yo le abro ampliamente la cavidad peritoneal al través del fondo de Douglas. Escurre gran cantidad de liquido sero-sanguinolento. Pongo dos tubos en la cavidad pélvica y hago un lavado muy abundante de la serosa, con solución cloruro sódica al 6 $\frac{0}{00}$, bien caliente. Inyección intra-venosa de 1,500 gramos de suero artificial.

1 Hay ciertas circunstancias extraordinariamente graves, en el ejercicio de la profesión, que requieren á la vez que una resistencia y fortaleza de espíritu excepcionales, un valor civil á toda prueba. Sólo un cirujano aguerrido podrá distinguir lo que en estos momentos es abnegación, sacrificio, sublimidad de genio quirúrgico ó temeridad hija de la ignorancia y de ciega osadía.

CLINICA QUIRURGICA.

(La Histerectomia.)

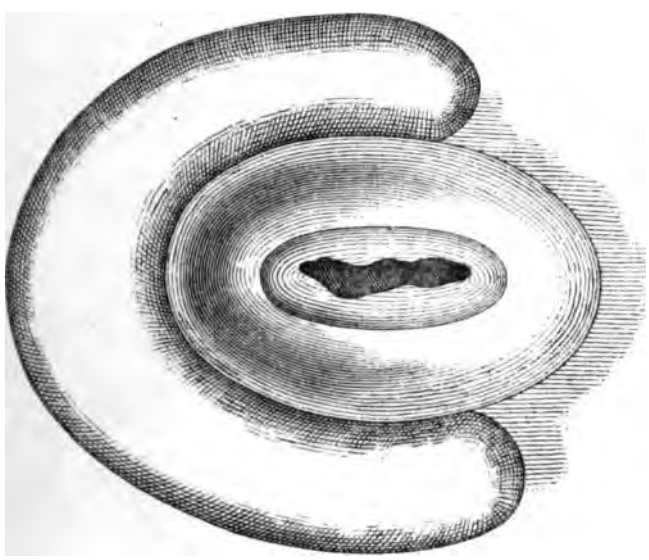


Fig. 33.—Flegmón del ligamento ancho derecho. Rodete vaginal.

Lit. del Timbre.

Dr. Suarez Gamboa

"A las cinco de la tarde: nuevo lavado del peritoneo pélvico. Inyecciones de cafeina y estricnina. Hielo sobre el vientre. Purgante de calomel y Jalapa.

"Día 17 de Agosto.—A las siete la mañana: micción espontánea y abundante. Una evacuación líquida y gases intestinales. Pulso 100. Temperatura 38°.

Días siguientes.—La situación va mejorando rápidamente, el peligro desaparece, y el 28 de Agosto puedo dejar á la enferma y regresar á México.

"La Señorita M. G. V. ha mejorado visiblemente; pero sufre aún y sufre mucho. El útero ha quedado muy doloroso y secretante. La peritonitis parece muy modificada. Si hubiera amputado el útero junto con los anexos, esta pobre niña estaría enteramente curada; pero. . . . ¡repugna tanto mutilar gravemente en cierta edad de las enfermas![1]

Observación VII.

Señora S. A., casada, 36 años, antecedentes puerperales.

Ooforo-metro-salpingitis purulenta quística, operada en Mayo de 1898 por histerectomía abdominal total.

Curación completa y permanente.

Observación VIII.

Señora Concepción G. . . . . , casada, nulípara, antecedentes blenorrágicos.

Pío-salpinx izquierdo.

Operada en Septiembre de 1898, por resección unilateral del ovario y de la trompa.

Resultado no muy satisfactorio: los dolores, aunque ligeros, continúan, y hay algo de leucorrea.

1 Cuando escribía yo esta historia, en Noviembre de 1898, esta señorita aún no abandonaba el lecho, presa de sus constantes dolores. Actualmente, Marzo de 1899, se halla casi curada: los dolores abdominales han disminuído mucho, el estado general es muy satisfactorio, y esta niña se puede ocupar libremente de sus trabajos domésticos y de sus distracciones sociales, asistiendo alegremente á fiestas, paseos, etc.

Observación IX.

Señora N. . . . , viuda de M. . . . , de 45 años, ha tenido varios hijos y el último tiene 20 años de edad.

Pío-salpinx bilaterales.

Operada en Septiembre de 1898 por histerectomía abdominal total.

Resultados completos: curación sostenida.

Observación X.[1]

Señora A. . . . N. . . . los hijas, 45 años de edad.

Ooforo-metro-sa . . . ata quística.

Operada en Septie . . . de histerectomía abdominal total.

Curación comple . . .

Análogas á estas . . . odría citar cerca de cincuenta casos más; per . . . la serie fastidiosa de las historias, me bas . . .

Estas diez obser . . . tal de cinco operaciones parciales y de cinco to . . . meras los resultados fueron incompletos; en las segunda . . . n completos.

Hasta hace muy pocos años la operación clásica contra las ooforo-salpingitis purulentas quísticas, era la ooforo-salpinguectomía, es decir, la resección del ovario y de la trompa enfermos. El principio fundamental de esta operación estaba basado en la doctrina de las infecciones anexiales unilaterales, sin metritis concomitante.

Sin embargo del favor creciente de esta operación, hacia el año de 1894 publicó Pinesse una estadística poco halagadora, de ella; y Martin, en sus escritos de por aquella época, la declara de resultados inconstantes y malos. Pouchet, escritor moderno, y Labadie-Lagrave, autor de actualidad, tampoco se muestran partidarios de la ooforo-salpinguectomía, en el proceso que hemos conocido ya por ooforo-metro-salpingitis.

Pean y Segond iniciaron en Francia la histerectomía vaginal

1 El Dr. Chacon me ha reprochado el estilo casi telegráfico de estas observaciones: mi principal estudio es *el resultado* de la intervención, más que el conocimiento de los casos, que por otra parte no tienen notable interés.

contra las lesiones inflamatorias de los anexos, y POLK preconizó en los Estados Unidos el método de histerectomía abdominal; siendo seguido inmediatamente por BALDY, KRUG, PRYOR, SLOCUM y otros.

Antes de analizar la utilidad ó desventaja de la histerectomía en el proceso ooforo-metro-salpingeo purulento quístico, recordemos que *el pío-salpinx no es más que una forma de la infección total útero-anexial.*

La colección del pus en la cavidad de la trompa, no indica sino que los orificios tubarios, uterino y peritoneal, están obstruidos.

Hay que recordar también, que cuando tratamos de la intimidad de los fenómenos de infección útero-anexial, pudimos comprender la importancia de la circulación linfática peri y parauterina, llegando á esta conclusión: las *ooforo-salpingitis reconocen un origen, casi siempre, de infección uterina previa.*

Vimos que había dos modos de propagación de los microbios del útero á los anexos, por continuidad de las mucosas y por continuidad de su circulación linfática.

Llegamos casi á esta conclusión: *en el mayor número de los casos, aun cuando las lesiones aparentemente están limitadas á los anexos, corresponden á un proceso general, en el cual están comprendidos también el útero, y algunas veces los tejidos del parametrium.*

Poseo en mi Museo Anatomo-Patológico particular, una trompa cuyas lesiones aclaran esta enseñanza, hasta la evidencia. Esta trompa ha sido muy estudiada por todos los que la han visto, y en particular por maestros de tan claro juicio como lo son los Sres. FRANCISCO DE P. CHACÓN y JOAQUÍN VÉRTIZ.

Es una trompa enormemente dilatada, que se halla dividida en dos segmentos sensiblemente iguales, por un grueso tabique carnoso que tiene en su mediania. Las aberturas correspondientes al ostium uterinum y al pabellón, están íntimamente cerradas, de modo que la cavidad de la trompa se halla constituida por dos cavidades segmentarias, completamente independientes entre sí y enteramente aisladas de las cavidades uterina y peritoneal.

La primera cavidad, la que corresponde al segmento uterino, estaba llena de un líquido amarillento, transparente y espeso. La otra, la que corresponde al segmento del pabellón, estaba llena de pus fétido y muy líquido.

Se comprende claramente que los gérmenes que llegaron á supurar el contenido de este segmento lejano de la trompa, no pu-

pudieron venir mas que por los vasos linfáticos peri-uterinos y peri-salpingeos, lo que hace sospechar que todos los linfáticos del cuerpo uterino y los del para-metrium, estaban á su vez contaminados. Le hice á esta enferma la ooforo-metro-salpinguectomía, y curó sin accidentes.

Todos los días se ve en las Clínicas ginecológicas, que anexos al parecer sanos, son focos tardíos de accidentes inflamatorios graves, en ciertos casos de operaciones ooforo-salpingeas unilaterales, dando á sospechar, ó bien que la persistencia del útero enfermo los ha contaminado, ó bien que desde la primera intervención estaban ya infectados.

La observación IV de la serie que hemos visto, es un ejemplo de este género.

El pio-salpinx es un foco purulento colectado; pero no es la enfermedad. La enfermedad es la ooforo-metro-salpingitis purulenta, y si se limita el Cirujano á resecar el foco colectado del pus, es decir el pio-salpinx, no habrá curado la ooforo-metro-salpingitis, como no curará la tuberculosis pulmonar generalizada resecando una caverna; ni curaría la hepatitis supurada múltiple abriendo y canalizando el principal absceso de los innumerables que infiltran el hígado.

Si en la ooforo-metro-salpingitis purulenta quística, un Cirujano se limita á resecar el pio-quiste, habrá beneficiado á su enferma porque la priva del depósito de toxinas que la envenenan; pero su obra curativa habrá sido incompleta, pues le deja la infiltración microbiana en la circulación linfática del para-metrium, en el parenquima uterino y en los anexos del otro lado.[1] Una operación análoga se me figuraría la abertura de un adeno-flegmón del cuello, de origen dentario, sin procurar extraer el molar cariado que infectó el cuello y que seguirá infectándolo; ó la operación de un bubón inguinal, sin procurar suprimir el chancro que lo provocó.

En ciertos casos de ooforo-metro-salpingitis purulenta, con pio-salpinx bilaterales, las lesiones son tan claras, que aparentemente el útero se encuentra como formando parte de las paredes de los pio-quistes. En un caso, así tan evidente, nadie vaci-

1 Enteramente irracional é ilógica considero la opinión de ciertos cirujanos que proponen en las ooforo-metro-salpingitis, operar primero los anexos, y pasados dos ó tres meses reabrir el vientre para sacar el útero. Es exponer dos veces la enferma á peligros serios, sin necesidad, y es, tambien, demostrar un desconocimiento completo de las ideas quirúrgicas actuales y del comportamiento de los ginecólogos modernos.

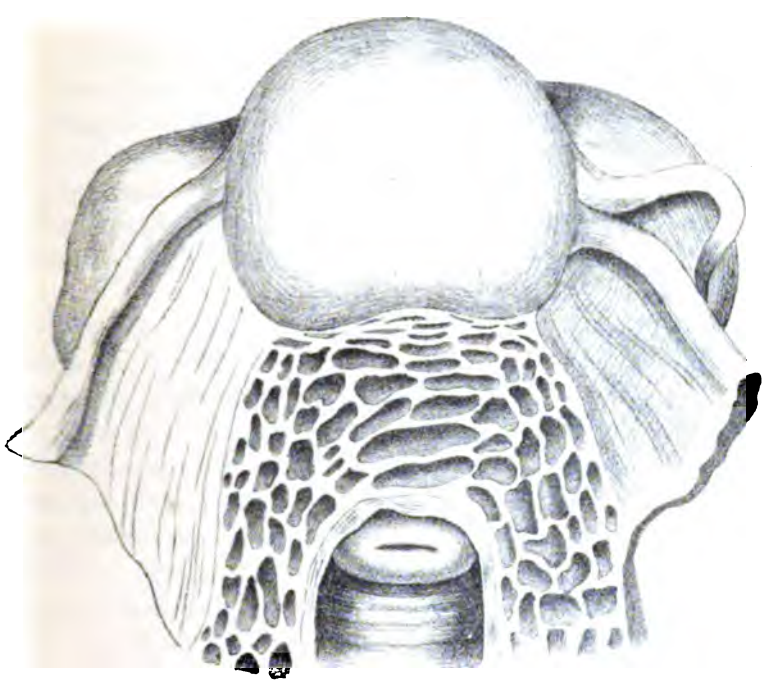


Fig. 34.—Edema inflamatorio peri-uterino, según Pozzi. Peri-metro-salpingitis.

Lit. del Timbre.

Dr. Suarez Gamboa

laría en declarar operación incompleta la que se hiciera, dejando el útero en la pelvis.

Pues de este modo son casi todos los casos de pio–salpinx, por ooforo–metro–salpingitis purulentas, aunque varien aparentemente: *no por aparentar el útero hallarse lejano del foco principal purulento, deja de formar parte del proceso purulento infiltrado, periférico al absceso.*

Demasiado expresiva es mi pequeña estadística. En todos los casos de fracaso operatorio ha quedado el útero en la pelvis. En todos los casos de curación completa, el útero ha sido sacrificado.

Ese útero que queda en la pelvis, grueso, más ó menos desviado, rojizo, secretante, lleno de linfáticos contaminados y cribado por los gérmenes de la infección, no solamente es inútil, sino también nocivo.

Si el proceso séptico fuese únicamente ooforo–salpingeo, como en ciertos casos de pio–salpinx de origen apendicular, la ooforo–salpinguectomía unilateral estaría bien indicada, y sería una operación justa y radical; pero siendo la infección un proceso difuso, siendo el pio–salpinx una consecuencia de la ooforo–metro–salpingitis purulenta, la resección parcial de los anexos es aquí una operación incompleta y deficiente.

Ciertamente que no es cosa sencilla resolverse á histerectomizar mujeres, las más de las veces jóvenes, por lesiones difíciles de interpretar, aun cuando el ginecólogo se halle ante el vientre abierto de la enferma, y que la necesidad de someter la resolución de los casos concretos á ciertas reglas generales se impone.

De aquí que procure reunir mis ideas sobre el particular, reasumiendo las anteriores consideraciones de la siguiente manera:

Es de capital importancia plantear el diagnóstico exacto del proceso ooforo–metro–salpingeo purulento, difuso ó quístico.[1]

Una vez planteado este diagnóstico, *se hará siempre, y casi sin excepción*, la histerectomía total, cuando los pio–salpinx sean dobles, ó cuando haya pio-salpinx unilateral y otras lesiones en los anexos opuestos que los hayan destruido por completo.

Se podrá hacer la histerectomía total, en los casos de pio–salpinx unilateral, cuando se compruebe bien la existencia del proceso ooforo–metro–salpingeo purulento, y las mujeres enfermas necesiten de su trabajo corporal para vivir.

1 Si es cierto que este diagnóstico puede ser algunas veces difícil, no es menos cierto que la sagacidad é instrucción del clínico, hacen la dificultad poco aparente.

Aun cuando yo creo que *todos los casos de ooforo-metro-salpingitis purulentas*, quísticas ó no, deben tratarse por la histerectomía total, podrán hacerse operaciones conservadoras en aquellas mujeres cuya posición social les permita pasar muchos meses en la cama, sometidas á un constante tratamiento.[1] En este último caso, el Cirujano será muy reservado hacia el porvenir de su enferma y estará siempre dispuesto á intervenir de un momento á otro.

IV

FLEGMONES DE LA PELVIS.

La infiltración séptica aguda del tejido celular de la pelvis, constituye el *flegmón* de esta región.

Reconoce como origen la emigración de los gérmenes piógenos de las endometritis, ó de las salpingo-ovaritis iniciales.

Con toda intención prescindo de ocuparme aquí de las inflamaciones agudas que suelen desarrollarse en los neoplasmas, quistes y hematoceles pélvicos, pues este estudio corresponde más directamente al de estos procesos morbosos.

La infección del tejido celular de la pelvis presenta cuatro tipos clínicos bien acentuados, que son:

I. Edemà inflamatorio seroso.
II. Flegmón circunscrito.
III. Absceso pélvico.
IV. Flegmón difuso de la pelvis.

El estudio aislado de cada una de estas variedades, nos permitirá apreciar debidamente la marcha del proceso séptico en el tejido conectivo de la pelvis.

I. EDEMA INFLAMATORIO SEROSO.—Está constituído por la infiltración de serosidad sanguínea en el tejido conjuntivo sub-peritoneal y para-metrítico. (Figura 28.)

Reconoce como causa principal la ectasis linfática consecutiva

1 No vaya á interpretarse que hago distinciones que se separan del orden meramente médico, entre las mujeres ricas y las mujeres pobres. Unas no necesitan de su trabajo personal para vivir, y otras sí: estas últimas, *las que no comen si no trabajan*, son las que necesitan tratamientos más radicales y menos susceptibles de fracaso y de recidivas.

á la inflamación de los vasos blancos de la región. Esta inflamación alcanza con frecuencia los ganglios linfáticos, sacros é hipogástricos, y aun suele llegar hasta los inguinales, por el canal de *Nuck*.

No obstante la frecuencia del edema inflamatorio seroso en las inflamaciones útero-anexiales, pasa á menudo desapercibido y es en las autopsias ó en las operaciones sobre los órganos infectados, que se le descubre.

Este edema puede alcanzar grandes proporciones, manifestándose entonces como un tumor duro, voluminoso y renitente, susceptible de causar confusión al clínico que lo explora. Su evolución no es cíclica ni constante: ya aumentado, ya disminuido, ofrece una serie no interrumpida de alternativas en su volumen.

Si es pasajera su existencia, se reabsorbe y no deja huellas; pero si se hace crónico, puede causar una esclerosis para-metrítica, de larga duración.

II. Flegmón circunscrito.—Si el edema seroso inflamatorio no se reabsorbe, sino que se coagula y se deja invadir por los gérmenes de la supuración, el flegmón de la pelvis se declara.

El sitio más frecuente de estos flegmones, es la capa celular que contienen los ligamentos anchos; de aquí la frecuencia con que se le denomina *flegmón del ligamento ancho*. Del tejido celular de estos ligamentos, la infiltración flogógena puede extenderse á todo el tejido celular de la pelvis, al de la región peri-renal, al de la diafragmática, al de la abdominal y al de todas aquellas que recorren los vasos y nervios que emergen de la pelvis.

A pesar de esta infiltración séptica, el flegmón puede terminar por resolución é induración; pero lo más frecuente es que el pus se forme y se colecte, formando absceso, ó se infiltre sin reunirse.

III. Absceso pélvico.—Las colecciones purulentas pueden manifestarse en todas las regiones de la pelvis. Son más frecuentes en los ligamentos anchos, pero pueden mostrarse en las regiones ilíacas y en las uterinas.

Preciso es no confundir los *pio-salpinx* y los *hematoceles supurados intra-peritoneales*, con estos abscesos pélvicos cuya patogenia es diversa y que ofrecen siempre la característica de hallarse fuera de la cavidad peritoneal.

Los abscesos pélvicos se abren con frecuencia espontáneamente en alguno de los órganos huecos de sus cercanías, y constituyen fístulas incurables, sin operaciones peligrosas.

IV. Flegmón difuso de la pelvis.—Pozzi llama á esta variedad *celulitis pélvica difusa*; Bonnet y Petit la designan *pelviperitonitis aguda*, y Virchow la declara *erisipela maligna puerperal*.

Mas conforme con la naturaleza del proceso y con su marcha, yo he considerado el calificativo de *flegmón difuso pélvico*, que le doy.

En estas circunstancias todo el tejido celular está infiltrado de gérmenes sépticos y de pus, los vasos rojos y blancos obstruidos por trombosis virulentas, y el estado general de la economía saturado de ptomainas altamente tóxicas.

Los *síntomas* de esto[illegible]tados no ofrecen obscuridades, ni el diagnóstico g[illegible]n.

El *edema inflamatori*[illegible]pone desde que en los signos de la afección primitiva,[illegible]tis ú ooforo-salpingitis, se observa una exacerbac[illegible]ostensible.

El dolor aumenta[illegible]nsivo á los muslos, á la cintura, al ombligo y [illegible]uinales. Se acentúa á la exploración digital de[illegible]ncuentra este órgano caliente, estrecho y forma[illegible]oloroso y grueso alrededor del cuello uterino. (F[illegible].

La temperatura axilar su[illegible]décimos de grado ó un grado, y esta pequeña fiebre suele a[illegible]pañarse de alteraciones digestivas.

Los escurrimientos uterinos—si existen—se hacen más abundantes y más acres, escoriando intensamente la vulva y la piel de la cara interna de los muslos.

El útero pierde algo su movilidad, y se observa que una zona dura y resistente le rodea, oprime y fija. Su descenso, intentado por medio de pinzas, es extraordinariamente doloroso y muy difícil de conseguir.

El estado general de la paciente permanece bueno. El diagnóstico no ofrece dificultades, si se procede á la exploración con cuidado, y si se reunen los datos anamnésticos con discernimiento.

El *flegmón circunscrito* ofrece un cuadro de síntomas más acentuado.

Por lo común uno ó varios calosfríos denuncian el principio de la infección. La temperatura sube á 38°, 39° y aun 40°. El pulso aumenta proporcionalmente.

El dolor se marca con intensidad. Vago y difuso al principio,

CLINICA QUIRURGICA.

(La Histerectomia.)

Fig. 35.—Ooforo-metro-salpingitis purulenta no quística.—Pieza obtenida por la histerectomía.

CURACION.

Lit. del Timbre.

Dr. Suarez Gamboa

tarda en hacerse fijo, agudo y pulsátil. Se localiza bien en la región invadida por el flegmón.

El muslo del lado correspondiente se fija en flexión sobre el abdomen, y esta actitud es característica en esta clase de enfermas.

El apetito se pierde, la lengua se pone saburral y la constipación se presenta con rebeldía.

Si se practica el tacto vaginal, se nota una zona dura, resistente, *empastada*, correspondiendo al foco inflamatorio. La vagina está muy caliente, y si el flegmón es cercano á ella, reviste un carácter de dureza y de resequedad, que le ha valido el epíteto de *vagina de cartón*.

Por la exploración abdominal puede percibirse un engruesamiento en la fosa iliaca del lado del flegmón, con infiltración abundante de los tejidos. Esta exploración es muy dolorosa.

El útero está en látero-versión ó en látero-posición, según las dimensiones y sitio del flegmón.

Si el flegmón coincide con la época menstrual, pueden observarse menorragias abundantes.

El estado general es grave; los fenómenos de intoxicación son alarmantes y la muerte puede presentarse durante este período.

Sin embargo, lo frecuente es que á estos signos alarmantes suceda un período de calma.

Los dolores disminuyen, la temperatura se abate, aparecen hiperhidrosis vespertinas, un punto cualquiera de la vagina se suaviza y hace fluctuante; el pus se ha formado.

Absceso pélvico: Esta ligera remisión dura poco; la fiebre vuelve á encenderse, revistiendo un carácter francamente remitente; el dolor se hace pulsátil y bien circunscrito; los fenómenos septicémicos adquieren nueva intensidad. El pus del absceso comienza á señalar su existencia.

Por la vagina puede percibirse el tumor duro, renitente, difícilmente circunscrito y rodeado de una zona de empastamiento que hace obscura la fluctuación.

El pus, colectándose en el tejido celular pélvico, se puede situar tanto en el espesor mismo del ligamento ancho, como en la zona del para-metrium. En el primer caso, la exploración bimanual del vientre dará buenas indicaciones clínicas; en el segundo, se debe recurrir á la exploración vagino-rectal.

Si la evacuación del pus tiende á hacerse por la vagina, esta se enrojece vivamente en un punto, se adelgaza, se ulcera y da

paso á una gran cantidad de pus fétido, verdoso y bien ligado. Semejante evacuación puede realizarse por la *vejiga* ó el *intestino*.

Flegmón difuso de la pelvis.—Los fenómenos de septicemia aguda, cubren aquí todo el cuadro de los signos locales.

Los calofríos son intensos, el termómetro marca temperaturas de 40° y 41°, el delirio es casi constante, la piel seca, la orina concentrada y escasa, los sudores fétidos y raros. El estado general es tifoideo grave.

La muerte sobreviene rápidamente en medio de estos signos de intoxicación sobreaguda. El diagnóstico podría ofrecer ciertas dificultades si se desconocen los datos anamnésticos.

El *pronóstico* varía con la naturaleza de la infección.

El *edema inflamatorio seroso*, no pone en peligro la vida: es una lesión relativamente benigna, cuyo pronóstico depende de la afección causal.

El *flegmón circunscrito* es grave, y puede causar la muerte durante la violencia de su invasión, sea por *septicemia* ó por *embolias sépticas* desprendidas de las venas pélvicas.

El *absceso de la pelvis*, es aún más grave: puede producir la muerte por *peritonitis*, por *septicemia aguda* ó por *intoxicación crónica*.

El *flegmón difuso de la pelvis*, es rápidamente mortal. La infección es sobreaguda, y el organismo, sin defensa, no resiste mucho la virulencia de tan tremenda intoxicación.

TRATAMIENTO.

El *edema inflamatorio seroso* reclama una intervención suave y delicada. El reposo en el lecho, las irrigaciones vaginales calientes y débilmente antisépticas, los purgantes ligeros y la desinfección rigurosa del endometrio, son, por lo común, suficientes para facilitar su reabsorción.

Si el edema supura, si el flegmón se desarrolla, hay que calmar las manifestaciones intensas de la inflamación con irrigaciones vaginales emolientes, con cataplasmas calientes en el abdomen; con pequeñas lavativas laudanizadas, etc., etc.

Una vez constituído el *absceso*, hay que preocuparse por dar salida al pus.

Los abscesos pélvicos pueden alcanzarse, haciendo la incisión por la *vagina* ó por el *abdomen*.

Multitud de procedimientos existen para evacuar y canalizar estos abscesos, siendo todos muy conocidos. No deseo entrar en la discusión de ellos, porque mi opinión es fácil de conciliar con todos.

Los abscesos pélvicos deben abrirse siempre por el camino más corto. La incisión será precoz, á fin de evitar la formación de fístulas orgánicas.

Sucede algunas veces que el pus no forma una cavidad única y amplia, sino que se infiltra en los espacios del tejido celular. El útero parece entonces aprisionado por una especie de esponja empapada en pus.

La simple incisión del tejido celular peri-metrítico ó para-metrítico, no basta para dar salida á la supuración, que necesita de una brecha amplia. El sacrificio del útero se impone.

La histerectomía es el único recurso que puede salvar á la enferma, y su aceptación en estas circunstancias está decidida ya por todos los ginecólogos.

En cuanto al *flegmón pélvico difuso*, su marcha formidable, su evolución rapidísima, quita al Cirujano tiempo de obrar. La histerectomía y la seroterapia, combinadas, son los recursos supremos para resistir tan desastroso adversario.

V

PROLAPSUS GENITAL.

La Sra. Soledad Silva es una mujer como de 58 á 60 años, robusta, bien constituída, que sufre desde hace más de diez años de un enorme prolapsus genital.

Actualmente viuda, ha tenido once partos, la mayor parte de ellos distósicos, y de los que no pocos han reclamado intervenciones serias.

En su hernia están comprendidos: el recto, la vejiga, el útero, la vagina, y parcialmente los anexos.

La masa es casi irreductible. La mucosa vaginal keratinizada y gruesa, ofrece mucha resistencia á la introducción del útero en

la pelvis, y una vez lograda ésta, se reproduce casi con la violencia de un resorte, el prolapsus.

Durante la reducción del útero, la enferma acusa marcado malestar.

Las perturbaciones de la micción y de la defecación, son muy acentuadas.

La pared abdominal anterior está sumamente adelgazada, y á su trav se observan fácilmente los movimientos peristálticos del int stino. Entre la multitud de pliegues y de arrugas que la surcan, se puede percibir una cicatriz lineal, exactamente sobre la line media, que partiendo de la sínfisis púbica, recorre una exten ón como de diez centímetros y termina un poco abajo del ombligo. ta c onde á una histeropexia abdominal, qu á rante la primera semana del mes de Jun

La fijeza cha por mi procedimiento de decorticaci binada con la colpo-perineo plastía, hal

La vida Soledad Silva[1] se ha suspendido: es pers ajo, y los crueles sufrimientos que su pr n á una vida sedentaria, imposible pa o de 1898, cuando vino á mi consulta, eron estas: *Doctor, córteme Ud. esto, p*

La hago admitir en mi sala de AGUA del Hospital "Morelos" y el día 27 de ese mismo mes de Julio, la opero de histerectomía abdominal total, por mi procedimiento, y de colpopexia ligamentosa. Me acompañaron mis amigos los Doctores NUMA TORREA y ANGEL RODRIGUEZ y mis practicantes los Sres. FELIPE ORTIZ y ANTONIO VALDES ROJAS.

Los resultados de la operación fueron excelentes y la Señora Soledad Silva salió completamente curada del Hospital, el día 15 del siguiente mes de Agosto.

Con esta observación son dos las que tengo de prolapsus genitales irreductibles, curados por la histerectomía abdominal total, combinada con la colpopexia ligamentosa; y ante ellas ocúrreseme emprender el estudio de los recursos con que contamos para la curación de los prolapsus uterinos, que *á priori* han de parecer infieles desde que me he visto obligado á abandonarlos,

1 Estoy autorizado por la Señora Silva para anotar y publicar todo su nombre.

CLINICA QUIRURGICA.

(La Histerectomia.)

Fig. 36.—Lesiones del proceso que designo por **Ooforo-metro-salpingitis purulenta.**—Histerectomía abdominal total por mi procedimiento.
CURACION.

Lit. del Timbre.

Dr. Suarez Gamboa

recurriendo á una intervención tan seria y tan formal como la histerectomía.

Llama la atención el crecido número de procedimientos preconizados para el prolapsus genital, y sin deducir de esta gran variedad que no haya ninguno fiel y seguro, podemos sospechar que sea el prolapsus el que reconozca diversas formas, y que haya muchos prolapsus y no un prolapsus.

Esta variedad de prolapsus trae imbíbita la existencia de la variedad en los tratamientos.

Pero antes de emprender la revisión de las operaciones dirigidas á curar los prolapsus genitales, voy á permitirme recordar que ni soy el primer Cirujano que recurre para estos casos á la histerectomía, ni tampoco los Ginecólogos modernos merecen la prioridad de un método tan radical, tal vez demasiado radical.

El útero salido de la vulva, parece ofrecerse por sí mismo al filo del cuchillo de los Cirujanos, y los operadores de todas las épocas no han resistido á la tentación de suprimir ese estorbo con uno ó dos golpes de tijeras ó con dos ó tres vueltas de un constrictor metálico ó elástico.

Los principios de la histerectomía están obscurecidos por las catástrofes frecuentes en los prolapsus uterinos y desde las épocas pre-históricas de la Cirugía, hasta nuestra era Moderna, aunque modificando la técnica y mejorando las estadísticas, la Terapéutica de los prolapsus no ha podido borrar de sus indicaciones la ejecución de la histerectomía.

En los tiempos modernos fué CHOPPIN el Cirujano que más auge dió á la histerectomía por prolapsus, ejecutando con todo conocimiento y deliberada intención, la resección del útero caído; y recomendando en 1867, *la histerectomía vaginal para combatir el prolapsus uterino simple.*

Los hechos se multiplicaron, las estadísticas comenzaron á formarse, y hoy se publican con alguna frecuencia observaciones de amputaciones del útero por prolapsus, más ó menos complicados. Dan fe de esto, los escritos de PATTERSON, de MAC COSH, de KRUG, de FRISTCH, de HUNTER, de TAYLOR, de BEVERLY, de EDEBOHLS, de KEHRER, de WINIWARTER, de KALTEMBACH, de SKUTSCH, de POZZI, de CODAVILLA, de CŒ, de CLARKE, de HAHN, de BAUMGARTNER, de RIEDEL, de MARTIN, de MÜLLER, de ASCH, de QUÉNU, de HARTMAN, de DU BOUCHET, de ZOLOTNITZKY, de PRIEUR, de BELLICAUD, de LECOMPTE, de LANIQUE, de KIEL y de otros varios.

Todos estos documentos formales forman nuevas estadísticas

yendo lo que podría designarse: *el ligamento transverso superior ó pre-cervical de la vagina.*

Este ligamento está situado á tres centímetros adelante del cuello, según HART, más cerca según SIMÓN. E. RAIMOND hace notar que esta distancia varía según el mayor ó menor desarrollo del fondo vaginal anterior; por consecuencia, según que la mujer haya tenido ó no hijos.

Más atrás aún está la superficie correspondiente al fondo de la vejiga.

Hay, pues, en la cara anterior de la vagina, puntos de verdadero apoyo para este órgano: estos puntos corresponden á dos fajas transversales que son, el *ligamento transverso anterior del cuello de la vejiga y el ligamento transverso posterior pre-cervical.*

La *pared posterior* de la vagina ofrece menos interés: precediendo de la vulva al cuello se encuentra: 1º Una superficie triangular de base anterior, cuyo vértice corresponde á la columna posterior de la vagina; 2º La saliente del elevador del ano, y 3º Una superficie lisa, deprimida, generalmente vasta en las multíparas y pequeña en las nulíparas.

Por su extremidad superior la vagina se inserta al cuello uterino, confundiéndose más ó menos bien con él.

Las fibras longitudinales musculares de la vagina constituyen, como ya vimos, dos haces gruesos, tanto en la cara anterior como en la posterior, que llevan el nombre de *columnas.*

La *columna posterior*, la más importante, se divide al llegar al cuello uterino en tres haces de fibras musculares.

Un haz anterior que se pierde en el espesor del cuello uterino formando una curva de concavidad anterior.

Un haz mediano, que sigue la cara posterior del útero, mezclándose con las fibras propias del órgano y

Un tercero y último haz que sigue la dirección primitiva, confundiéndose con las fibras del ligamento útero-sacro.

La *columna anterior* termina también por otros tres grupos de fibras musculares.

Un grupo se dirige hacia adelante y se arroja sobre la vejiga.

Otro continúa la dirección de las fibras longitudinales musculares del útero, confundiéndose con ellas, y

Un tercer grupo, constituyendo una curva hacia abajo, va á mezclarse con el tejido del labio cervical uterino anterior.

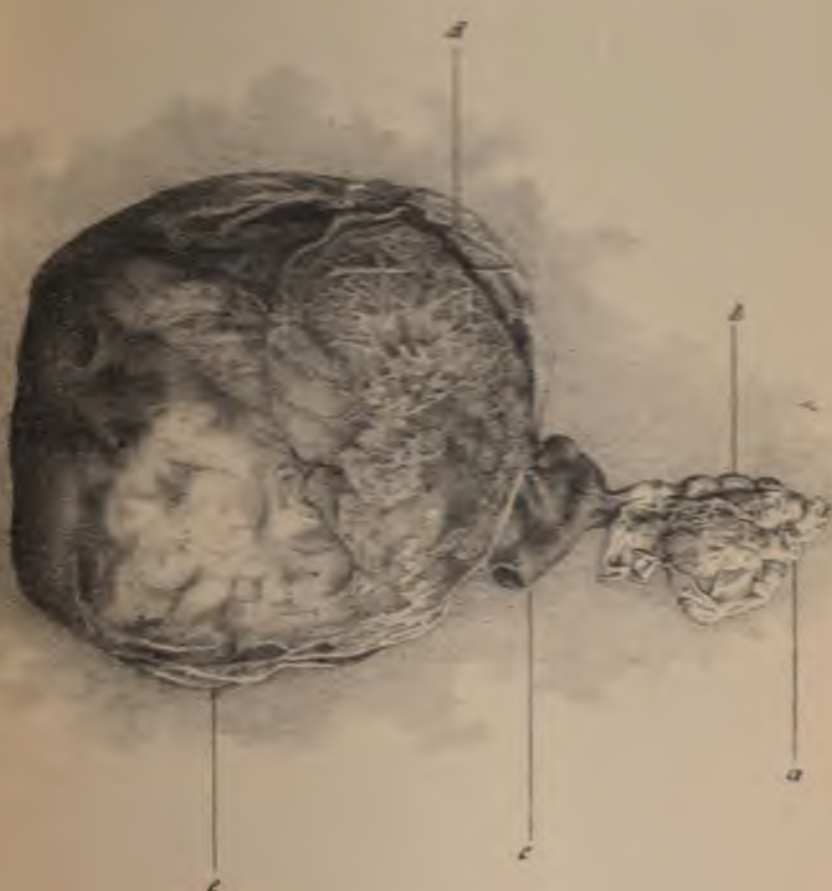


Fig. 37.—Gran quiste wolfiano intraligamentoso izquierdo, operado por histerectomía abdominal.

a. Ovario derecho, con los vestigios de otro quiste wolfiano que se desgarró durante las maniobras para la conservación de la pieza.

b. Trompa del lado derecho, que medía *doce centímetros*.

c. Cuerpo del útero.

d. Trompa izquierda, que media *veinticuatro centímetros*.

e. Cuerpo del gran quiste izquierdo, cubierto de multitud de adherencias epiplóicas é intestinales.

CURACION.

Véase la pág. 224.—María O.

LIT. DEL TIMBRE.

DR. SUAREZ GAMBOA

Estas fibras musculares longitudinales de la vagina, terminan hacia abajo, insertándose parte en las ramas isquio-púbicas, parte en las aponeurosis del perineo y en el espesor de los pequeños labios.

Las fibras musculares circulares de la vagina forman anillos gruesos y profundos, perpendiculares á la dirección de las fibras longitudinales.

Hacia arriba se continúan con la túnica muscular circular del útero.

Hacia abajo forman, al rededor del orificio vulvar, una especie de anillo grueso, llamado *esfinter liso* de la vagina.

LUSCHKA ha descrito en la mujer y KOBELT en los animales, un segundo esfinter, formado por fibras musculares estriadas, que constituiría el *constrictor profundo de la vagina*.

Más aún que la constitución anatómica de la vagina, nos interesa estudiar sus medios de fijeza:

Estos son:

I. Ligamentos musculares y aponeuróticos.
II. Tabiques fibrosos.

La extremidad superior de la vagina está, según hemos visto ya, íntima y sólidamente unida con el cuello uterino. DELBET,[1] ha demostrado, con fortuna, que los ligamentos útero-sacros no son sino parte de una aponeurosis con inserciones mucho más extensas, llamada *aponeurosis sacro-recto-vaginal*.

Esta aponeurosis muy resistente, se inserta sólidamente hacia atrás en el sacro, enviando algunos prolongamientos hacia el recto, la vagina y el útero. Son muy particularmente las fibras que nacen de la porción inferior del sacro, las que contorneando el recto, alcanzan la vagina y la fijan enérgicamente.

Según FARABEUF, estas fibras son las que dan y sostienen su dirección normal á la vagina.

En su mismo libro, DELBET demuestra que existen hacia la cara anterior del útero, una serie de ligamentos que unen el pubis, la vejiga, la vagina y el útero. Estos ligamentos constituyen: los *ligamentos pubo-vésico-útero-vaginales* de FARABEUF, pues que según este autor, sería sobre la vagina donde se insertarían los más poderosos de ellos.

1 «Traité des suppurations pelviennes.» DELBET.

En su extremidad inferior, la vagina atraviesa el perineo, terminando al nivel de la aponeurosis media de él, y confundiéndose íntimamente con ella. (CHARPY.)

Los bordes laterales están sostenidos en su lugar y tendidos sobre sí mismos, por las fibras vaginales del músculo *elevador del ano.*

La importancia que en Gineocología tiene este músculo, me obliga á detener por un momento nuestro estudio sobre la estática vaginal, para ocuparnos de él.

MUSC[illegible]DEL ANO.[1]

I. HISTORIA.—Este músc[illegible]o particularmente estudiado en el hombre, por SAPPEY, [illegible] y TILLAUX, olvidando que si son importantes sus rela[illegible] la próstata, no lo son menos sus relaciones co[illegible]s [illegible]enitales de la mujer.

SIMS, sospechaba ya [illegible]de este músculo, cuando escribía:

"No he hecho la dise[illegible]úsculo, porque estoy seguro que algún anatómico la nará [illegible]escribirá; pero multitud de veces he sospechado su existen[illegible]o le he atribuido una función: la de comprimir con fuer[illegible] cierto momento, el orificio cervical uterino contra el glande."

SAVAGE, había mostrado también que la constricción de la vagina no era debida únicamente al *constrictor cunni;* sino que había otro músculo, el *músculo pubio-coccigeo,* que concurría á ella. Este músculo pubio-coccigeo, no es otro que el haz púbico del elevador del ano.

HILDEBRADT, da una descripción análoga á la de SAVAGE.

BUDIN, cree en la existencia de un pequeño músculo entre la vagina y el recto.

No es sino después de los trabajos de SKENE y de DICKINSON, y sobre todo de las investigaciones de DOLERIS, que se conocen bien la estructura, inserciones y funciones del músculo elevador del ano.

II. DESCRIPCION.—El elevador del ano es un músculo simétrico, casi horizontal. Tiene en su forma general el aspecto de una herradura, en cuya curva se encierran la uretra, la vagina y el recto. Su límite exterior está formado por una línea quebrada,

1 CH. LEFÉVER.— Une forme commune de stérilité féminine.

compuesta de segmentos rectilineos y simétricos, que dibuja los contornos de la superficie interna de la pelvis.

Su posición es casi horizontal, cuando la mujer está de pie; sin embargo, es un poco oblícuo de arriba hacia abajo y de atrás hacia adelante, puesto que la punta del coxis es un poco más alta que el borde inferior de la sínfisis del pubis.

III. INSERCIONES.—El elevador del ano se inserta:

1º Sobre la cara posterior del cuerpo del pubis, á uno y otro lado de la sínfisis, más cerca del borde superior que del inferior.

2º Sobre la cara interna de la espina iliaca.

3º Sobre el arco tendinoso que se extiende entre las inserciones anteriores, y que no es más que un engruesamiento de la aponeurosis del músculo obturador interno, y

4º Por medio de la aponeurosis pélvica al estrecho superior de la pelvis.

El haz muscular principal, para nosotros, es el haz púbico.

Este haz nacido en el pubis, se dirige directamente hacia atrás; en su trayecto cruza la vagina, para alcanzar sobre la línea media, el haz que viene del lado opuesto, después de contornear el recto.

Durante el cruce de las fibras musculares púbicas con la vagina, algunas fibras se separan del resto del músculo y se insertan sólidamente á la vagina.

Como se ve, este músculo, aun cuando ofrece apoyo á la vagina, no le da tanta resistencia como los autores menos modernos han creído. DOLERIS ha hecho á este respecto, minuciosas investigaciones sobre estos datos anatómicos, y ha comprobado la exactitud de ellos.

Finalmente, la vagina se halla sostenida lateralmente, también, por las aponeurosis de la pelvis, que constituyen la *vaina hipogástrica* de DELBET, y por los *ligamentos cardinales*.

La cara anterior de la vagina está sostenida:

1º Por los ligamentos ya antes descritos.

2º Por sus adherencias con la vejiga y con la uretra.

La cara posterior de la vagina se sostiene:

1º Por el tejido celular que le une al fondo de Douglas.

2º Por las fibras retro-vaginales del elevador del ano, y

3º Por sus conexiones con el recto.

En resumen: la vagina está sostenida por ligamentos propios, por inserciones musculares y por conexiones con los órganos vecinos, vejiga, uretra y recto, que son órganos estables, y que por consecuencia determinan la estabilidad de la vagina.

La vagina es un órgano fijo.

Siendo la vagina un órgano fijo, su situación estable le permite ofrecer al útero un punto sólido de apoyo.

Este punto no es el único que concurre á la estabilidad del útero, sino que intervienen en ella: *medios de suspensión*, *medios de dirección* y *medios de resistencia*.

El resultado favorable á estos medios de suspensión, dirección y resistencia, en su lucha contra la pesantez y contra las presiones abdominales que el útero sufre, constituye la estabilidad del útero.

Si algún medio de estos se destruye, el útero seguirá la dirección de la fuerza resultante entre las presiones y las resistencias, y se realizarán las *flexiones*, las *versiones*, las *posiciones* ó los *prolapsus*, según la dirección de la resultante.

Estos medios de estática uterina, son:

I. *Medios de suspensión:*

Los ligamentos redondos.
Los ligamentos pubo-cisto-útero-vaginales.
Los pliegues peritoneales vésico-uterino y recto-uterino.

II. *Medios de dirección:*

Los ligamentos anchos y
Los ligamentos útero-sacros.

III. *Medios de resistencia:*

La vagina y
El perineo.

Algunas veces se asocian los dos factores y se tiene un aumento en las presiones que sufre el útero, á la vez que una diminución en sus medios de sujeción.

Estos casos serían frecuentes en ciertos neoplasmas voluminosos de la pelvis, que perturban la nutrición del útero y de sus ligamentos, á la vez que elevan enormemente la presión abdominal. Son los quistes del ovario y los fibro-miomas, lo que gozan

CLINICA QUIRURGICA.

(La Histerectomia.)

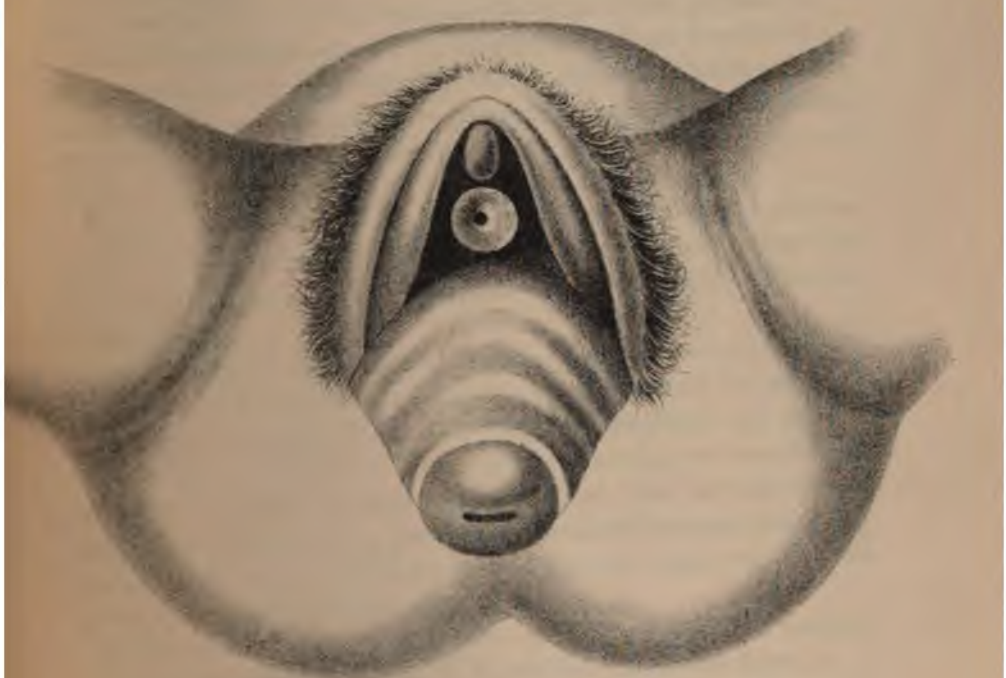


Fig. 38.—Prolapsus uterino completo.

Dr. Suarez Gamboa

Lit del Timbre

de peor reputación en este sentido. En Veracruz, pude observar y operar un caso de prolapsus completo é irreductible del útero, provocado por la caída total del hígado, en la cavidad de la pelvis.

La posición normal del útero en la pelvis ha sido muy debatida, atribuyéndosele todas las direcciones imaginables.

Estas divergencias se explican, recordando que casi todas las investigaciones se han emprendido en el cadáver, en el cual los órganos están tan sujetos á variaciones en su forma y dirección.

Pero las laparotomías en las mujeres vivas han permitido conocer, á pesar de la movilidad del útero, que éste se halla en anteversión, á la vez que una ligera desviación de su eje se manifiesta al nivel de la unión del cuello con el cuerpo, bajo la forma de una pequeña ante-flexión.

El útero descansa principalmente en la vagina, y más aún sobre su cara anterior, no obstante que al estado de reposo las dos caras vaginales parecen formar un solo tabique músculo-membranoso.

Pero de esta actitud normal, el útero se desvía incesantemente, bajo múltiples influencias. Los cambios de actitud son suficientes para movilizar el útero en la pequeña amplitud que sus medios de fijeza le permiten. Los órganos vecinos que le rodean, le imprimen también cambios en su actitud, bien sea por modificaciones propias de ellos, plenitud ó vacuidad; bien sea por transmisión de fuerzas nacidas en puntos lejanos, presiones abdominales, esfuerzos torácicos, etc.

El útero es un órgano que goza de cierta movilidad normal.

Pero al estado fisiológico de él y de sus medios de fijeza, la tonicidad y la elasticidad de los ligamentos, lo vuelven á su posición normal, en cuanto la fuerza impulsiva cesa.

Que los ligamentos pierdan su facultad de tensión, que el utero se altere en su estructura ó que los planos de resistencia á las fuerzas se modifiquen, y el útero podrá tomar variadísimas posiciones, y estas posiciones serán permanentes.

Si estas variaciones se hacen en relación con el gran eje del útero, se verificarán las *versiones*, las *flexiones* y las *posiciones;* si se hacen en relación con el eje transversal ó pequeño eje, se realizarán los *descensos* ó *prolapsus* y las *elevaciones*.

Son los prolapsus los que más nos interesan.

Se dice que hay *prolapsus* de un órgano, cuando este se haya abatido del plano de su posición normal.

Como quiera que el prolapsus del útero, es excepcional que no se acompañe del prolapsus de los demás órganos que constituyen el aparato genital de la mujer, trompa, ovarios y vagina, se tiene la costumbre de designar la caída del útero por la frase de *prolapsus genital.*

El prolapsus genital se halla íntimamente unido con la *cistocele*, la *rectocele*, y aun con la *elitrocele* y la *uretrocele.*

El prolapsus genital es una afección de las más frecuentes.

Antes de estudiar las ... producen y de analizar las teorías patogénicas de ... y evolución, conviene buscar cuál es su frecuenc... verse *en sus relaciones respecto á las diversas ed... y á las diversas condiciones sociales de la m...*

FRECUENCIA DEL PR... O, SEGUN LAS DIVERSAS EDADES DE LA VIDA.—E... congénito, que en un tiempo se negara, está h... admitido, desde la publicación de las observaci...

En la literatura gine... nocen once casos únicos de prolapsus uterino congénito.

He aquí la enumeración de ellos:

I. SCHULTZ.—*Prolapsus uteri congenitus (Verhandl. d. Verpfälz. Aerzte, 1556, Kaiserlautern p. 48. 1857).*

II. OVISLING N.—*Prolapsus uteri completus hos et nyfodt Barn (Norsk Mag. f. Laege videnskí 4 R. IV. p. 265. Christiania. 1889) et Arch f. (Kinderh, XII, p. 81, Stuttgart, 1890-91).*

III. SCHAEFFER.—*Bildugs anomalien weiblicher Geschlechtsorgane. (Arch. f. Gynäk, XXXVII p. 244. 1890).*

IV. K. HEIL.—*Ein Fal von angeborenera Prolapsus uteri et vaginæ incompletus (Arch. f. Gyn. XLVIII p. 155. 1894).*

V. RÉMY.—*Spina bífida. Ulcerations peri-anales. Prolapsus complet des organes genitaux internes (Arch. de Tocol. XXII p. 904. 1895).*

VI. KRAUSE.—*Kilka slow o mezkiem (Gaz. lekarska XVI p. 1223 Warszawa. 1896).*

VII y VIII. BALLANTYNE ET THOMPSON.—*(The Ame. Journ. of Obst. XXV p. 61. Febr. 1897).*

IX. RADWANSKI.—*(Münch. med. Wochen., núm. 2. 1898).*

X. Doléris.—*Prolapsus congénital combiné, etc. La Gynecologie, núm. 3, p. 220. 1898.*

XI. Hanssen.—*Prolapsus uteri totalis, bei einer Neugeborenen (Münch. med. Woch. 1897. p. 1040, núm. 38).*

Todas estas observaciones son idénticas en este punto: *el prolapsus uterino coincide con la espina-bífida.*

Doléris, tiende á admitir que en estas diez observaciones de prolapsus genital congénito, la etiología de la afección es doble, y que las condiciones mecánicas anormales, por una parte, y el defecto de inervación de la extremidad inferior del tronco, por otra, contribuyen á la vez para la producción del desalojamiento uterino.

La verdad es que tanto la etiología como la patogenesia del prolapsus genital congénito, son aún poco conocidas, y que este punto de Ginecología necesita nuevas observaciones y nuevos análisis para quedar bien definido.

El prolapsus genital en las mujeres jóvenes y vírgenes, se observa también raras veces.

Lo mismo sucede en las mujeres nulíparas, aunque no sean vírgenes. Se conocerán únicamente 20 ó 30 casos de prolapsus en nulíparas. Weinberg, Scanzoni, Liebmann y Stepkowski, citan algunos casos de esta naturaleza.

Los autores emiten diversas teorías, para la explicación de la procidencia uterina en las mujeres nulíparas.

Barnnes, admite los violentos accesos de tos, las caídas sobre los isquions y las presiones sobre el útero, por tumores intrapélvicos.

Mac Clintock, publica tres casos de prolapsus, debidos á esfuerzos en la defecación, producidos por lesiones rectales.

Schuch, observó un caso debido á una hipertrofia considerable del útero.

West, atribuye estos prolapsus á la elasticidad anormal de los ligamentos uterinos, á las metritis catarrales crónicas, á los flujos menstruales abundantes, y en fin, á las inflamaciones crónicas del útero.

De Scanzoni, cree que la presión constante de la vejiga distendida puede provocar el prolapsus en las niñas.

Klinge, dice que muchas religiosas, en los conventos, presentarían esta caída del útero, como consecuencia de la actitud en pie y á sus cantos frecuentes.

Beigel, atribuye el prolapsus á la masturbación femenina y á los accidentes graves que ocasiona.

Fr. Stepkowski, en el servicio de Fr. Neugebauer, en el Hospital Evangélico de Varsovia, observó un caso de prolapsus uterino en una niña de 25 años, en la que coincidían una gran amplitud de la pelvis y una larga serie de esfuerzos rudos.

Krause, Fritsch, Veit, Matlakowski, Lehr, y otros varios autores, describen casos análogos.

De todos estos casos se deduce, que el prolapsus genital en las niñas, se acompaña, casi siempre, de pelvis viciosas, pelvis cifóticas, aplastadas y estrechas; que el aumento rápido de las presiones intra-abdominales, sobre todo cuando coincide con accidentes de retro-desviación uterina, tiene poderosa influencia en la caída del útero; y que ciertas lesiones nutritivas del útero, verdaderas trofoneurosis pélvicas, contribuyen con frecuencia á realizar ese resultado.

La procidencia uterina en las nulíparas, es, sin embargo muy rara. Sobre 28,000 enfermas observadas por Fr. Neugebauer, sólo ha observado *siete* casos de esta naturaleza; sea 1 caso por 4,000 mujeres.

Muy frecuente es el prolapsus genital en las multíparas, pues la preñez y el parto predisponen singularmente para esta afección, como veremos más adelante.

La edad en que con más frecuencia se observa en México el prolapsus genital, sería, según Pagenstecher, entre los 50 y los 70 años; después entre los 40 y los 50, y en tercer lugar de los 30 para abajo.

En cuanto á la frecuencia en los partos, el mismo Cirujano Pagenstecher, observó que el 75% de su estadística se refería á enfermas que habían tenido más de cuatro partos, siendo el promedio de partos en estas, el de ocho.

La mayor parte de estas enfermas se han descuidado durante el período de la involución uterina: por término medio han abandonado la cama, 4 ó 5 días después del alumbramiento.

Frecuencia del prolapsus uterino, segun las diversas condiciones sociales de la mujer.—Todos los autores de Ginecología están acordes en que esta afección se encuentra mucho más extendida entre las mujeres de la clase pobre, que entre las de la clase acomodada. Esta frecuencia no podría explicarse sino por

CLINICA QUIRURGICA.

(La Histerectomia.)

Fig. 39.—Prolapsus uterino, completo.

Lit. del Timbre.

Dr. Suarez Gamboa

la naturaleza penosa de los trabajos á que las mujeres pobres se entregan y por la falta de cuidados y asistencia esmerada en los períodos puerperales.

Tanto en mi clientela particular, como en los hospitales que asisto; he podido convencerme de la realidad de este hecho.

En el "*Consultorio gratuito para enfermas de la cintura,*" que el Dr. PAGENSTECHER tiene establecido en la Ciudad de San Luis Potosí, observó en su policlínica del año de 1895, 16 prolapsus uterinos en 150 enfermas.

Las mujeres que acuden á ese Consultorio, son todas de la clase social pobre: cocineras, lavanderas, molenderas, etc., etc., y estas cifras del prolapsus, que equivalen á un 10% por 100, indican bien la frecuencia de esta enfermedad en esa clase trabajadora y pobre.

La frecuencia del prolapsus genital, en las mujeres que necesitan de su trabajo corporal para vivir, puede tener cierta influencia en las diversas indicaciones del tratamiento de esta afección.

Nos queda aún por estudiar el modo de formación de los prolapsus genitales y su evolución. Esta patogenesia de una interpretación fácil en ciertos casos, ha sido en otros motivo de discusiones que duran aún. Así, he creído conveniente establecer aquí ciertas distinciones.

a.—Hay una primera categoría de prolapsus, la más extensa y quizá la principal que se halla íntimamente ligada con la preñez y el parto.

b.—Hay otra, un poco menos importante, que se caracteriza por su falta de relaciones con la preñez y

c.—Una última, que es de carácter excepcional, y reconoce un origen congénito.

El estudio de estas diversidades etiológicas, particularmente de las dos primeras, será para nosotros de gran importancia para la interpretación de las verdaderas indicaciones terapéuticas.

PROLAPSUS GENITAL ORIGINARIO DE LA PREÑEZ Y EL PARTO.

La preñez y el parto obran de diversas maneras en la producción de los prolapsus genitales: ya disminuyen la elasticidad y la resistencia de los ligamentos, ya modifican la estructura pro-

pia del útero, ya destruyen la resistencia y la armonía de la columna vaginal ó producen verdaderos traumatismos en el perineo, último é importante punto de apoyo del aparato de sostén de la matriz.

Véamos uno á uno estos accidentes del parto ó del puerperio:

I.—Alteración de los ligamentos.

La preñez por sí misma, por la distensión excesiva de los ligamentos, por la infiltración hiperplásica que produce en ellos, y sobre todo, las preñeces repetidas, tienen poderosa influencia en los trastornos estáticos del útero.

La distensión ligamentosa hab úa los tejidos á un estado anómalo de elongación, preparando su denutrición; y no es raro observar la caída del útero, aun leno estado de preñez.

Una vez terminada la involución uterina, los ligamentos quedan alargados, flácidos y sin tonicidad, permitiendo al útero que bascule hacia adelante ó hacia atrás, y que cediendo á las presiones superiores que recibe, se hunda en el eje del canal vaginal, y aun llegue hasta la vulva.

Este cambio del útero, fuera del plano normal de su eje, tiene desastrosos efectos. En tanto que el útero guarda su posición fisiológica de ante-versión ligera *orma con la vagina un ángulo que le impide introducirse en este canal:* la parte anterior del cuerpo se apoya sobre el tabique vésico-vaginal, sobre la vejiga y sobre los ligamentos púbicos, y queda imposibilitada casi para penetrar en la cavidad de la vagina. Para que el útero pueda penetrar al canal que lo sostiene, es preciso que los dos ejes, el uterino y el vaginal, se correspondan casi. *La retro-versión uterina es una condición importante para la producción del prolapsus.* En esta posición el útero no tiene ya su base amplia de apoyo, y las presiones que sufre tienden á introducirlo en la vagina.

No solamente desviando el plano normal del útero obran los ligamentos flácidos. Las experiencias de *Kiwisch*, de *Savage* y de *Hergott*, han comprobado la energía con que los ligamentos uterinos y en particular los útero-sacros se oponen á toda tentativa de abatimiento del útero.

Schultze, da una gran importancia patogénica á la elongación de los ligamentos útero-sacros, cuando dice:[1]

"*Le relâchement des plis de Douglas, cause le relâchement de*

[1] Citado por Labadie, Lagrave y Felix Legueu, p. 446.

la paroi vaginale antérieure: il raproche l'insertion utérine du vagin, de son insertion pelvienne. . . . "

Es excepcional que el abatimiento del útero se haga sin colpocele; por el contrario, casi siempre el prolapsus de la vagina es el primer tiempo del prolapsus del útero.

Produciendo la colpocele, es como más comunmente la relajación de los ligamentos uterinos, origina el prolapsus.

En resumen, la influencia de la preñez y del parto, sobre los ligamentos uterinos, se traduce por *la retro-desviación* y por *la colpocele*. El prolapsus uterino es la consecuencia de estos accidentes.

II.—Modificaciones en la estructura del utero.

La involución uterina puede, en varias circunstancias, hacerse incompleta, y el útero quedar grueso, pesado y reblandecido.

Este peso anómalo del órgano, ejerciéndose sobre ligamentos elongados y faltos de resistencia, podría constituir una ligera caída del útero, una relajación de las inserciones vaginales superiores, y aun terminar por la formación de las primeras etapas del prolapsus genital. Los esfuerzos abdominales, la pesantez y las perturbaciones neuro-tróficas consecutivas á la dislocación uterina y á la sobredistensión de los ligamentos, harían el resto del proceso.

III.—Modificaciones en la columna vaginal.

El relajamiento de los medios de fijeza de la vagina, la pérdida de sus aptitudes como columna de resistencia, la *colpocele*, en una palabra; he aquí el mayor, el más constante, el principal de los factores que contribuyen al prolapsus genital.

El estudio atento de la *colpocele*, la revisión de ese proceso mecánico que se inicia en el desequilibrio estático de la vagina y termina en la salida, brusca ó lenta del útero, fuera de la vulva, es por sí mismo el estudio verdadero de los prolapsus uterinos.

Tan excepcional es el prolapsus uterino sin colpocele, como la colpocele total sin prolapsus uterino.

E. Raimond, publicó un importante trabajo sobre la colpocele, del que tomarémos bastantes ideas.

Se comprende que la colpocele pueda ser *parcial* ó *total*.

Raimond, admite esta nueva división: *colpocele aparente* y *colpocele latente*. En el primer caso, la vagina es visible fuera de

la vulva; en el segundo sólo se percibe la hernia vaginal recomendando á la mujer que haga un esfuerzo mientras el Ginecólogo le entreabre la vulva con un espejo, ó mejor aún con una valva corta.

La preñez, y más particularmente el episodio del parto, son los focos más fecundos de colpoceles. Sin embargo, la hernia vaginal puede verificarse fuera del concurso del puerperio y constituírse por otra serie de fenómenos que estudiaremos en su oportunidad.

Antes de atender á la colpocele post-partum, véamos cómo el feto, en el transcurso del parto, lesiona dos diafragmas musculares importantes. Diafragmas que ha estudiado y descrito el Ginecólogo de París, DOLERIS.

El feto, dice DOLERIS, en el transcurso de su expulsión atraviesa dos diafragmas musculares, situados, uno al nivel del cuello uterino que se halla rodeado del aparato ligamentoso y muscular, que insertándose en su periferia sobre los contornos de la pelvis, constituye el *aparato suspensor de la matriz y de la vagina;* otro, el segundo, está constituído por el perineo, que goza en relación con el útero, de *aparato de sostén y apoyo.* Goza el perineo de esta misión de apoyo al útero, por intermedio de las paredes vaginales, de las que una, la anterior, va á fijarse inmediatamente al pubis por inserciones musculares, y la otra, la posterior, se continúa con el perineo.

Si se considera un corte vertical de la pelvis, estando la mujer en pie, las dos paredes vaginales se cubren oblícuamente como dos tejas imbricadas y superpuesta una á la otra. Resulta que estas dos especies de valvas se prestan mutuo apoyo: la postero-inferior *(perineo-vaginal)* refuerza á la antero-superior *(vesico-vaginal)*, la que á su vez descompone las fuerzas de los choques uterinos y transmite las presiones atenuadas. Todo normal, el útero suspendido de su diafragma *cérvico-ligamentoso* por una parte, y sostenido por el doble tabique *vaginal* y *perineal* por otra, no puede ni descender ni desviarse notablemente.

Viene el parto, un trabajo demasiado largo ó demasiado rápido, una operación, etc. El diafragma cérvico-ligamentoso puede desgarrarse. Lo más á menudo, la desgarradura se hace justamente sobre la inserción del aparato ligamentoso—se sabe que el cuello rígido resiste especialmente en su orificio iterno y en las cercanías de este;—es decir, que más tarde podrá haber ruptura ó destrucción del centro de resistencia de este tabique,

CLINICA QUIRURGICA.

(La Histerectomia.)

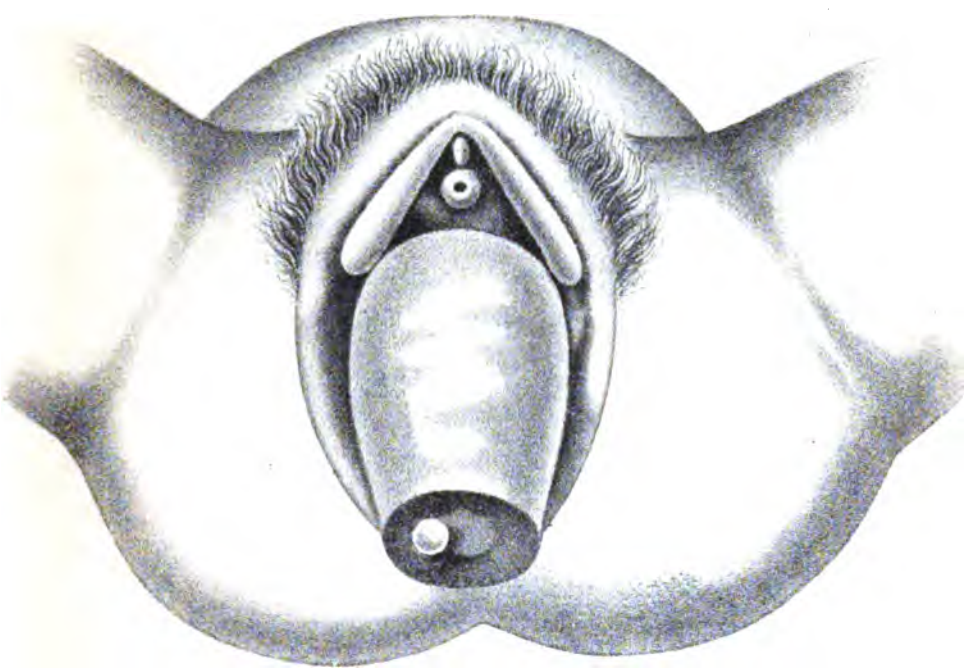


Fig. 40. Prolapsus uterino completo.

Lit. del Timbre.

Dr. Suarez Gamboa

sin que, por lo demás, se encuentren huellas de traumatismo en el estado exterior del cuello.

El útero no sostenido por su parte media, se desviará ó descenderá hasta donde se lo permita la resistencia de su aparato de suspensión.

Supongamos que el diafragma superior ha sido atravesado sin perjuicio, por el feto; pero que el diafragma inferior se halla desgarrado, contundido profundamente ó destruído del todo y no reparado inmediatamente, se entiende. Son la amplitud de la vulva y la diminución notable de la cohesión de las dos valvas vésico-vaginal y vagino-perineal, que no siendo ya perfectamente solidarias no resisten sino muy débilmente á las presiones, las que tienden á favorecer la hernia vaginal y uterina, al través de la vulva. El recto tiende á dirigirse al exterior: la vejiga, también, no encontrando hacia abajo el cuerpo resistente del perineo, se deja arrastrar por las presiones superiores y se dirige hacia afuera y hacia abajo.

El recto ó la vejiga, ó los dos á la vez, estiran el útero y lo desvían ó lo abaten en su totalidad, haciéndolo salir fuera de la vulva.

Además, cuando el trabajo del parto es muy laborioso, suele acontecer que la vagina estira ó arranca sus inserciones con la vejiga y con el pubis, facilitando de este modo, aún más, la producción de la colpo-cistocele. El deslizamiento de la vagina sobre la vejiga, con ruptura del piso perineal, se acompaña casi fatalmente de la hernia de la vagina.

Freund admite que las aplicaciones del forceps, producen con facilidad estos desgarramientos del tabique inter-vésico-vaginal. "El forceps, dice Freund, contraría ó exagera el deslizamiento normal de la vagina sobre los tejidos subyacentes. Si se recuerda, en efecto, que la vagina distendida se aplica estrechamente en las cucharas hendidas del forceps, se comprenderá que pueda ser arrastrada en el sentido de la contracción, mucho más allá de sus límites normales."

Durante el período de gestación, la vagina sufre una hiperplasia y una hipermegalia de sus elementos musculares, á la vez que sus otras capas se engruesan y alargan. Supongamos ahora, que á consecuencia de alguna causa intercurrente, la involución vaginal no se hace ó se hace incompleta: tendremos un órgano dilatado, flácido y sin resistencia; es decir, una colpocele completa y total.

Si pasado el trabajo del parto, la mujer se levanta de la cama

prematuramente y se entrega á esfuerzos rudos ó á ejercicios violentos, como sucede en la clase pobre de nuestro pueblo, y como lo ha observado juiciosamente PAGENSTECHER, se comprende que muy fácilmente, no estando la matriz aún bien sostenida ni la vagina bien retraída, se producirán los descensos del útero y las hernias de la vagina.

Esta última causa es extraordinariamente frecuente y explica cómoda y fácilmente la mayoría de los prolapsus genitales que se observan en la práctica.

Acabamos de ver cómo las lesiones del piso pélvico consecutivas al parto, contribuyen á la producción del prolapsus genital. Véamos ahora cómo se produce este mismo prolapsus fuera de la acción del parto.

PROLAPSUS GENITAL NO RELACIONADO CON LA PREÑEZ Y EL PARTO.

Hemos visto, aunque ligeramente, las observaciones que actualmente se conocen de prolapso genital congénito, y hemos tratado algunas de las circunstancias etiológicas de él: no nos volveremos á ocupar de esto, pues ahora no nos incumbe este estudio.

Cuando en una mujer que no ha tenido hijos, aunque no sea virgen, se encuentran los signos del prolapsus uterino, se puede frecuentemente invocar como causa: ó fenómenos de distensión ligamentosa, ó debilitamientos en la resistencia de la columna vaginal, ó estas dos perturbaciones reunidas.

Este estado, que podríamos considerar como *predisposición* al prolapsus uterino, reconoce tanto un origen congénito, como un vicio adquirido.

TRELAT observa, con justicia á mi entender, que no hay razón para negar la existencia de perineos defectuosos, desde el momento en que existen perineos perfectos: esta defectuosidad perineal, no solamente consistiría en la mala conformación, sino también en la debilidad ó distrofia del sistema muscular de esta región. En ciertos casos, la *herencia* parece sostener esta predisposición, según lo ha comprobado el ginecólogo inglés DOSAN, en sus investigaciones sobre ciertas familias en las que las hernias y los prolapsus eran en extremo frecuentes.

KULER, el distinguido Cirujano alemán, cree que en estos casos tenga mucha importancia la dirección del plano sobre el que la

pelvis se inclina: cuando el estrecho superior es horizontal, la presión de las vísceras abdominales se trasmite más directamente á los órganos de la pequeña pelvis, y les rechaza hacia abajo, es decir, hacia el perineo.

Las enfermedades consuntivas, la clorosis, la constipación habitual, ciertas profesiones, etc., son otras causas que también se han considerado como predisponentes á los prolapsus genitales.

Pero incuestionablemente, la *colpocele* es la etapa primera del prolapsus del útero y todas las causas que provoquen la hernia vaginal, predisponen indirectamentes á la producción del descenso del útero.

Esta colpocele en las nulíparas, puede reconocer varios orígenes. Llama la atención que todas estas enfermas son de un aspecto lánguido y débil, que su aparato muscular es raquítico y sin resistencia, que son por lo común dispépticas y neurasténicas y que no es raro que presenten *ptósis* orgánicas, tales como *hepatoptosis*, *nefroptosis*, *enteroptosis*, etc., etc. Recuerdan, en una palabra, el tipo clásico del gran clínico de Lyon, el *sindroma de* Glénard.

Fenómenos puramente mecánicos pueden traer la distensión de las paredes vaginales y la relajación de sus tejidos; por ejemplo, el uso inmoderado de ciertos pesarios, especialmente de los pesarios de aire; el empleo de objetos voluminosos, verdaderos *cuerpos extraños de la vagina*, cuyos usos y descripciones se encuentran en todos los tratados de Patología externa, etc., etc.

El coito, aun inmoderado, no ha sido hasta hoy considerado responsable de ninguna forma de colpocele; por el contrario, Doleris ha observado una señora, en la cual aparecieron signos de colpocele, durante los primeros días de su viudez. Esta colpocele se debió á la supresión brusca de sus relaciones conyugales. La simple vuelta de estas relaciones, trajo la diminución de los signos de relajación vaginal.

Huguier ha hecho un estudio especial sobre una afección uterina, que designa *hipertrofia supra-vaginal del cuello*, la que sería responsable de una forma especial de colpocele y de un gran número de casos de prolapsus uterino. He aquí cómo se verificaría esto: El cuello del útero se hipertrofia y se alarga hacia la vagina, puesto que el cuerpo y el fondo están sólidamente sujetos por ligamentos poderosos: al crecer el cuello uterino, arrastra sus inserciones vaginales, desprende la vagina de los órganos que la rodean—vejiga, recto—y acaba, á medida que la afección

progresa, por invertir el conducto vaginal y hacer caer el útero con la vagina, fuera de los límites vulvares.

HUGUIER causaría una revolución completa en la patología de los prolapsus uterinos, si su teoría fuese rigurosamente cierta. Sería entonces el prolapsus un epifenómeno de la hipertrofia cervical, y ésta la enfermedad misma, la causa única y directa sobre la cual se dirigiría toda la acción del tratamiento quirúrgico.

POZZI acepta, aunque con ciertas reservas, las ideas de HUGUIER, y se declara partidario de la supresión del cuello uterino en algunos casos de prolapsus; yo considero más justas y clínicas las ideas de PAGENSTECHER, y acepto su modo de pensar, como más adelante veremos.

Hay una forma de colpocele anterior, que predispone muy especialmente á la caída del útero: es la *colpocele anterior media ó cistocele*. Esta se observa con frecuencia en las mujeres que por circunstancias especiales se ven precisadas á conservar mucho tiempo la orina en su vejiga, causándose una distensión lenta y constante.

No solamente en las nulíparas, la colpocele conduce á los prolapsus genitales, sino que la flacidez de los ligamentos uterinos tiene idéntico efecto.

Estas lesiones de los medios de fijeza del útero, las conocimos ya, hablando de los prolapsus uterinos en las mujeres vírgenes.

Desde las primeras hasta las últimas etapas, el prolapsus genital avanza siempre en sus lesiones.

El prolapsus uterino no retrocede jamás.

Algunas mujeres soportan sin dificultad prolapsus uterinos enormes y viven así durante muchos años; otras, por el contrario, con pequeños grados de descenso uterino, sufren trastornos serios y llevan una vida llena de sufrimientos, que las induce á buscar constantemente su curación.

El prolapsus uterino es una afección que expone á complicaciones, entre las que hay algunas de verdadera gravedad; no es, pues, benigno su pronóstico.

Hay, en consecuencia, que procurar curarlo por todos los medios que estén á nuestro alcance, y estos medios son la consecuencia lógica é inseparable de nuestros estudios anteriores.

CLINICA QUIRURGICA.

(La Histerectomia.)

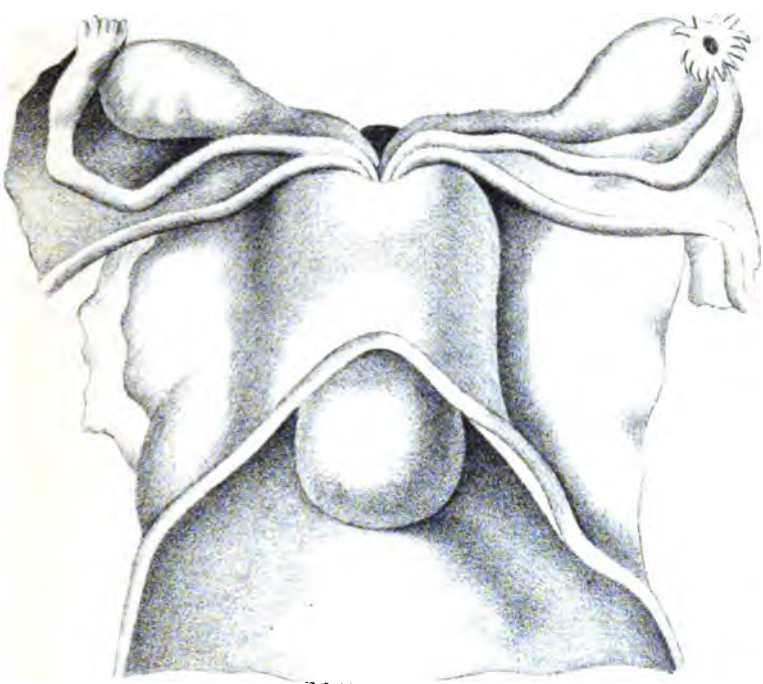


Fig. 41.—Inversión uterina.

Lit. del Timbre.

Dr. Suarez Gamboa

TRATAMIENTO.

Clínicamente se pueden dividir los prolapsus en tres grados principales (GOSSELIN):

I. *Abatimiento incompleto, sin prolapsus concomitante de los tabiques recto-vaginal y vésico-vaginal.*
II. *Abatimiento incompleto; pero con uno ú otro de estos prolapsus vaginales.*
III. *El prolapsus completo (precipitación), que difiere de los precedentes en que el cuello ha franqueado la vulva y se presenta al exterior.*

Se comprende que estos tres grados en la caída del útero, exigen diversas modalidades en su tratamiento.

Para el primer grado, se puede recurrir: 1º *Al taponamiento vaginal;* 2º *A los pesarios*, racionalmente elegidos y colocados: el de HODGE, es recomendable; 3º *A la electroterapia;* 4º *A la hidroterapia* combinada ó no, con el *masage uterino;* y 5º *Al tratamiento de las lesiones uterinas concomitantes;* metritis, sub-involución, retro-versión, hipertrofia cervical, etc., etc.

Para el segundo grado del prolapsus, la intervención es casi siempre quirúrgica, guiándose el ginecólogo constantemente por este precepto de DOLERIS:

"*Quand il y a prolapsus ou rétroversion, il est de tout nécessité d'assurer le remplacement de l'utérus dans sa position et a son niveau physiologique.*"

Para obsequiar este precepto, se cuenta con dos medios:

1º Restablecer el calibre del canal vaginal.

2º Restablecer la armonía de sus resistencias, estrechando las partes amplias y tendiendo las zonas flácidas.

Se obtienen estos resultados por medio de las *colporrafias*, sean *anteriores* ó *posteriores*. No nos detendremos en la descripción de ellas, pues más adelante las estudiaremos; solamente recordaremos que en estas circunstancias pueden estar indicadas las

colporrafias *parciales*, particularmente la *colporrafia retro-cervical* y la *colporrafia pre-cervical* de DOLÉRIS.

Pero lo que á nosotros más nos interesa, es el estudio del tercer grado del prolapsus uterino.

Separemos desde luego el estudio de los dos grados anteriores, que si interesan vivamente á todos los ginecólogos, se hallan fuera de la mente de este libro, y ocupémonos exclusivamente de la última forma del prolapsus uterino; es decir, de aquella que se caracteriza por la salida completa y total del útero, fuera de la vulva.

Si en el curso de mi exposición empleo la palabra *prolapsus*, sola, el lector estará prevenido de que en este término, está latente la idea de prolapsus genital completo ó de tercer grado.

Considero también de suma importancia distinguir los casos de *prolapsus genitales completos, complicados*, de los de *prolapsus genitales completos, no complicados.*

Entiendo por *complicaciones* de los prolapsus uterinos, las *degeneraciones neoplásicas*, la *irreducibilidad definitiva*, la *inflamación*, la *gangrena*, la *incoercibilidad* cuando coincide con lesiones graves de la vejiga ó del recto, etc.

TRATAMIENTO DE LOS PROLAPSUS UTERINOS COMPLETOS NO COMPLICADOS.

Hemos visto en lo anteriormente estudiado, que las causas del prolapsus del útero, pueden encontrarse:

I. En sus medios de suspensión.
II. En sus medios de dirección, y
III. En sus medios de resistencia.

Es decir, que hay *prolapsus de fuerza*, aquellos en los cuales las presiones han vencido la tonicidad y elasticidad de los ligamentos suspensores; *prolapsus de desviación*, aquellos que se deben al cambio de dirección del eje uterino, que se hace paralelo al eje del canal de la vagina; y *prolapsus de debilidad*, aquellos que reconocen como origen el debilitamiento de los órganos que prestan apoyo al útero, por su segmento inferior.

Esta clasificacion que podría parecer *á priori* ficticia, tiene una

gran importancia clínica, particularmente en los casos de prolapsus recientes, cuando las lesiones iniciales que causaron la caída del útero, no han perturbado todos los factores de la estética pélvica.

En los prolapsus inveterados, se encuentran estas tres variedades: fuerza, desviación y debilitamiento, reunidas; y constituyen los casos más difíciles de curar.

Pero en los casos recientes, el análisis juicioso y metódico de la etiología próxima y directa del prolapsus, presta toda la seguridad clínica posible para el éxito de la intervención quirúrgica.

Pretender curar un prolapsus de fuerza, robusteciendo el piso perineal, es exponerse á un fracaso operatorio, tan segura é inevitablemente, como si se tratara de combatir un prolapsus de debilidad, reforzando los ligamentos suspensores del útero.

Convengo en que esta distinción suele ser difícil en la práctica, y que multitud de casos ofrecerán dificultades para la investigación de su verdadera naturaleza patogénica; pero es precisamente en los problemas difíciles de Patología donde se conoce al clínico, y son en los que particularmente presentan los prolapsus donde se conoce la instrucción y el criterio de un ginecólogo.

Diariamente vemos, tanto en las clínicas como en la clientela particular de ciertos operadores, multitud de enfermas operadas de prolapsus, cuyos padecimientos se han reproducido más ó menos rápidamente. Y sin embargo, las operaciones han sido correctísimas, los procedimientos han comprobado sus ventajas en otros casos, y á primera vista parece imposible comprender cómo en unas enfermas la operación ha producido magníficos resultados, y en otras ha originado el más completo fracaso, cuando todas tenían la misma afección, el prolapsus, y todas habían sido tratadas lo mismo.

Volvemos á encontrarnos aquí, con el constante tema de mis escritos sobre Terapéutica Quirúrgica: *sistematizar en Cirugía, es dar á comprender que se desconocen los más fundamentales principios de Clínica.* Desde el segundo año de Medicina, los alumnos, aun los menos perspicaces, comienzan á convencerse de esta triste verdad: los enfermos de la Clínica, no son los enfermos de los libros. El médico no cura procesos patológicos, ni sindromas clásicos; cura enfermos, es decir, una inmensidad de individuos todos diversos, todos desemejantes, todos variando constantemente.

Cuando leo en las Revistas de Cirugía el anuncio llamativo de "Nuevo procedimiento para la cura del Prolapsus genital," ó el de "Procedimiento definitivo para la cura del Prolapsus uterino," á mi pesar recuerdo que los autores y los años vienen y van, y los procedimientos *definitivos* no cesan jamás de aparecer y de olvidarse.

Hay que estudiar mucho los enfermos, hay que meditar que las enfermedades, aunque reconozcan causas iguales y se desarrollen en órganos iguales, no evolucionan en organismos idénticos, ni siguen nunca marchas idénticas. El prolapsus genital, que no es una enfermedad sino un síntoma de varias enfermedades, se ha querido reconocer siempre como una individualidad bien acentuada, se ha pretendido descubrir una etiología, una patogenia, y lo que es todavía menos científico y menos clínico, un tratamiento general!

Causa asombro la lista de autores de operaciones y procedimientos clínicos para el prolapsus uterino, y no menos asombro producen los ginecólogos formales, sabios y experimentados, se atreven á escribir y á publicar estos procedimientos sin tratar de analizarlos, sin analizar la oportunidad de ellos, sin ordenamiento.

No está, ciertamente, en mis fuerzas, ni en mis aptitudes pequeñas, emprender tan laboriosa é importante tarea, pero procuraré ordenar un poco nuestros conocimientos de terapéutica quirúrgica para los prolapsus, estudiando en detalle, primero, los recursos de ella, y discutiendo después las indicaciones clínicas de cada uno.

I.—Recursos terapéuticos en los prolapsus de fuerza.

Estos recursos son de dos órdenes:

A.—Los que disminuyen las presiones aumentadas.

B.—Los que refuerzan los ligamentos que han cedido por el exceso de fuerza que sufren.

Veámoslos separadamente:

A.—Disminución de las presiones aumentadas.—Toda causa que directa ó indirectamente aumente la cantidad de fuerza que normalmente desarrolla el útero sobre sus ligamentos, está comprendida en esta sección.

CLINICA QUIRURGICA.

(La Histerectomia.)

Fig. 42.—Inversión uterina. Reducción bimanual.

Lit. del Timbre.

Dr. Suarez Gamboa

Estas pueden ser: el crecimiento rápido y exagerado del cuerpo del útero, el desarrollo de tumores en su segmento superior que no pasan libremente por el estrecho pélvico; la formación de tumores, sólidos ó líquidos, en la pelvis ó en el resto de la cavidad abdominal; el depósito, con alta presión, de líquidos en la cavidad abdominal; los esfuerzos de la prensa abdominal, frecuentes y poderosamente repetidos, etc., etc.

Todas estas causas ofrecen indicaciones especiales: curación atenta y racional de las metritis, miomectomía ó enucleación de tumores fibrosos, ovariotomía ó resección de tumores abdominales, punciones, tratamiento de la constipación, de la tos, de los vómitos, etc., etc.

Están aquí comprendidos, también, los casos de hipertrofia cervical supra-vaginal, la que según HUGUIER, hace gran presión sobre la vagina, arrastra sus inserciones superiores y despega las conexiones vaginales, anteriores y posteriores: estos casos deben tratarse por la *amputación supra-vaginal del cuello*.

Esta amputación puede hacerse por el método conoide de HUGUIER ó por el de SCHRŒDER.

Los dos son clásicos y muy conocidos.

MAC EVITT, ginecólogo norteamericano, procede en estos casos por medio del galvano-cauterio. La acción del calor, que se propaga mucho más allá de las partes puestas en contacto con el cauterio, tendría también cierta acción tónica sobre los ligamentos uterinos, al decir de este autor. Después de la operación se llena la vagina con tapones de algodón, embebidos en glicerina con tanino. Este taponamiento se renueva todos los días, haciéndole preceder de una abundante inyección vaginal, caliente. El tratamiento dura, aproximadamente, tres semanas, durante las cuales la enferma guarda cama, teniendo siempre las piernas juntas y un poco levantadas.

La amputación supra-vaginal del cuello, es una operación que se hace frecuentemente, á pesar de que suele presentar complicaciones verdaderamente graves. Una de ellas es la estenosis cicatricial del orificio del endometrio: esta estenosis puede llegar hasta la oclusión completa y producir accidentes formidables de retención uterina. No debe, en consecuencia, abusarse mucho de esta amputación; tanto más, cuanto que sus ventajas son dudosas, ó por lo menos, no tan grandes como se cree comunmente.

B.—Reforzamiento de los ligamentos que han cedido por el exceso de fuerza que sufren.

Este reforzamiento puede realizarse de dos modos:

A.—Acortando la longitud de los ligamentos redondos.
B.—Dando al útero una nueva zona de fijeza, y aliviando, por consecuencia, los ligamentos vencidos del peso que resisten.

Veamos cómo podemos realizar esto:
A.—Acortamiento de la longitud de los ligamentos redondos. —Esta es la operación conocida comunmente bajo el nombre de *operación de* ALQUIÉ-ALEXAN[illegible]ADAMS.
Hay tres métodos princip[illegible]a hacer el acortamiento de los ligamentos redondos:

I. [illegible]eritoneal.
II. [illegible]peritoneal.
III. [illegible].

El primero fué ideado [illegible]y por RUGGI: y modificado por DUDLEY. Este mét[illegible]isado, á pesar del entusiasmo que causara cuand[illegible] sus autores.

Más interesante es el méto[illegible]a-peritoneal, que es el que verdaderamente merece el calificativo de operación de ALQUIÉ-ALEXANDER-ADAMS.

Técnica de la operación. [1]

1er TIEMPO: Se comienza por buscar la *espina del pubis;* de cada lado de este punto, se traza una incisión oblicua hacia arriba y hacia afuera, paralela á la dirección del canal inguinal; y elevándose, en consecuencia, hacia afuera, algunos centímetros arriba del *arco de Falopio.*

La aponeurosis que cubre el músculo grande oblicuo se descubre, lo mismo que las fibras del orificio inguinal superficial. El orificio inguinal es fácil de descubrir: IMLACH aconseja buscar, para encontrarle, un pelotón adiposo que le oculta y que puede servir de *punto de mira.* DOLERIS y REID, han insistido también

1 BONNET, citado por LABADIE-LAGRAVE y LEGUEU.

sobre la utilidad de dicho pelotón. Pero LABADIE-LAGRAVE y FÉLIX LEGUEU no dan importancia á este punto, pues á su entender, basta seguir las fibras de la aponeurosis del grande oblicuo, bien descubiertas, para encontrar el anillo inguinal.

En este momento comienzan las dificultades para encontrar el ligamento redondo. Los hacecillos fibrosos se disocían y se reparten entre el tejido celular ambiente, confundiéndose con él.

Para facilitar el descubrimiento del ligamento redondo, NITOT propone buscar el paquete neuro vascular qne constituyen el nervio abdómino-genital inferior y el ramo funicular de la arteria epigástrica, acompañado de sus venas correspondientes.

Más sencillo me parece abrir el canal, en cuyo fondo se encuentra bien constituído el ligamento redondo.

La misma maniobra se ejecuta en el canal inguinal del otro lado.

2º TIEMPO: Tirando de cada lado sobre el ligamento descubierto, se exterioriza su porción pélvica: este trabajo se ejecuta casi siempre con facilidad.

Para facilitar el ascenso del útero, se puede ayudar la maniobra levantando el órgano con la mano ó por medio de mi sonda vaginal, colocada en el fondo vaginal posterior y fuertemente encorvada.

Se tira de los ligamentos redondos hasta que el fondo del útero levantado se haga perceptible al través de la región hipogástrica. Suele suceder que la tracción ejercida sobre los ligamentos arrastre junto con ellos una porción de su cubierta peritoneal: esto no tiene importancia.

3er TIEMPO: Toda la porción exteriorizada del ligamento redondo, en una extensión de 8 á 10 centímetros, se corta. Una ligadura de seda fija el muñón ligamentoso: con las extremidades de este hilo de seda se sutura sólidamente el muñón contra las paredes del canal inguinal. Para hacer aun más sólida esta sutura, se pasan cuatro ó cinco puntos con otro hilo de seda, á modo de reunir íntima y ampliamente el muñón del ligamento redondo con la mayor superficie posible de las aponeurosis del canal.

Encima del ligamento fijo en su nueva posición, se rehace la pared anterior del canal inguinal.

4º TIEMPO: POZZI recomienda sostener el útero en su nueva posición, mediante un cuidadoso taponamiento de la vagina, que debe prolongarse hasta la época en que los ligamentos contraigan suficiente resistencia en sus nuevas adherencias.

Las enfermas no se levantarán de la cama, antes de que haya transcurrido un mes, después de la operación.

Modificaciones á la operación de Alquié-Alexander-Adams.

CASATI. Una incisión curvilínea reuniendo los dos anillos: cruza las extremidades de los ligamentos cortados, y los fija á la aponeurosis por una sutura con catgut.

DURET. Incisión análoga á la anterior: hiende los canales inguinales en toda su extensión, liberta los dos ligamentos redondos; los anuda uno con otro y fija el nudo al tejido fibroso pre-púbico.

DOLERIS. Procedimiento semejante al de Duret; pero reune los dos ligamentos debajo de los tegumentos, no por medio de herida tan amplia como la anterior.

SIGOND. Sigue un procedimiento que tiene cierta analogía con el que usa REVERDIN para las hernias. Anuda los ligamentos, haciendo aberturas en los contornos del anillo inguinal correspondiente.

LAPEYRE. Secciona longitudinalmente los ligamentos á modo de formar dos cabos, que hace pasar á uno y otro lado del orificio inguinal, perforando la aponeurosis, y luego los anuda fuertemente.

Acortamiento de los ligamentos redondos por la vía vaginal.

PROCEDIMIENTO DE EMIL BODE.—El cuello uterino bien fijo por medio de pinzas, se corta el fondo vaginal anterior inmediatamente abajo de sus relaciones con la vejiga. Despegamiento de la vejiga por medio de las tijeras de COOPER. En los casos sencillos, el fondo peritoneal vésico-uterino, se presenta inmediatamente al operador. Incisión de este fondo y fijación por medio de pinzas, de su labio vesical. Mientras el cuello se rechaza hacia atrás y hacia arriba, se introduce un dedo en la cavidad abdominal, siguiendo la cara anterior del útero, y se llega con facilidad á encontrar el extremo uterino del ligamento redondo, que se toma con una pinza. Ahora, por medio de una aguja fina, se rodea con un hilo de seda el ligamento redondo, como á un centímetro de su inserción, y se anuda fuertemente. Luego, con la misma aguja, se hace otro nudo fijo en el mismo ligamento, á 5, 6, 7 ú 8 centímetros del útero. Se mantienen estos dos hilos por medio de pinzas, mientras se colocan otros semejantes en el ligamento del lado opuesto. No falta más que tirar de los hilos, anudarlos fuertemente á modo de reunir los dos puntos fijos en los ligamentos, para obtener el acortamiento de ellos.

Sutura de los bordes peritoneales y vaginales, por medio de un hilo de catgut.

CLINICA QUIRURGICA.

(La Histerectomia.)

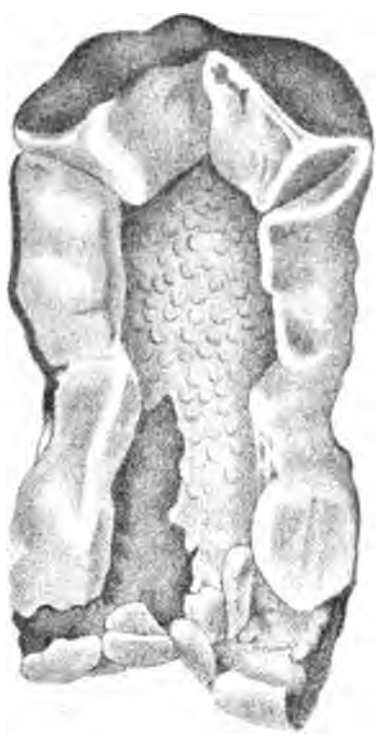


Fig. 43.--Tuberculosis del útero.

(Pozzi)

Lit. del Timbre. Dr. Suarez Gamboa

B.—Creación de una nueva zona de fijeza uterina, que alivie el peso que los ligamentos vencidos soportan.

Esto se consigue por medio de la *ventri–fijacion ó histeropexia abdominal.*

Los procedimientos de láparo–histeropexia, son variadísimos. KŒBERLÉ, KLOTZ, OLSHAUSEN y PANGER, KELLEY, LEOPOLD, CZERNY, TERRIER, CANEVA, KALTENBACK, ASSAKY, POZZI y LEGUEU, han descrito procedimientos diversos de histeropexia abdominal.

Estas distintas operaciones pueden dividirse en dos grandes grupos: *histeropexias abdominales extra–peritoneales,* CANEVA, KALTENBACK, KELLY, etc., é *histeropexias abdominales, intra–peritoneales,* POZZI, TERRIER, LEGUEU, etc.

Estas últimas ofrecen tres grupos importantes:

I. *Procedimientos de fijación indirecta.*
II. *Procedimientos de fijación lateral del útero,*[1] y
III. *Procedimientos de fijación directa y mediana del útero.*

Los procedimientos del primer y segundo grupo van siendo abandonados, más y más, en beneficio de los del tercer grupo.

He aquí cómo procedo yo:

Después de haber abierto el vientre en una pequeña extensión, busco el fondo del útero, que un ayudante ha elevado por medio de mi sonda vaginal, y lo atravieso por medio de una aguja gruesa que lleva una asa de seda fuerte.

Por medio de esta asa de seda, tiro del útero y lo traigo hasta colocar su fondo y parte de su cara anteriór, en el ángulo inferior de la incisión abdominal.

Con una aguja y seda finas, suturo el borde peritoneal de la pared contra el peritoneo visceral del útero: sobre el fondo procuro que esta sutura quede algunos milímetros adentro de las inserciones tubarias.

1C . BECK.—XII Cong. Moscou.—Incisión en la línea media, se toma el fondo del útero y se saca fuera de la cavidad abdominal; acto seguido se busca uno de los ligamentos, se le aisla mediante dos incisiones superficiales de 50 m. m. de anchura y que arranca á 12 m. m. del origen uterino del ligamento, se le separa mediante una sonda acanalada; se extrae esta porción de ligamento con una aguja de aneurisma y en seguida se cosen los bordes del peritoneo, de manera que el ligamento cabalgue sobre éste; se sigue suturando por abajo las aponeurosis y los músculos sobre los cuales se cose el ligamento, después se cose la piel como de costumbre. Se puede repetir sobre el otro ligamento, pero basta comunmente con un lado; la versión lateral carece de importancia. Tres casos con éxito.

De cada lado de la incisión parietal coloco tres ó cuatro gruesos puntos de catgut, que comprenden la aponeurosis abdominal, y profundamente el tejido uterino.

Hacia el fondo del útero y hacia el límite inferior de la zona que procuro fijar al vientre, paso dos hilos gruesos de seda que comprenden la piel, todo el espesor de la pared abdominal, y parte del cuerpo del útero.

Estos hilos no los anudo inmediatamente, sino que las extremidades, fijas en pinzas, quedan á uno y otro lado del campo operatorio.

Cierro el resto de la herida peritoneal en el ángulo superior de la incisión y comienzo la sutura, por planos, en el mismo ángulo superior. Al llegar al nivel del cuerpo del útero, suspendo un momento la sutura, para decorticar rápidamente, con bisturí ó tijeras, la zona uterina comprendida entre las suturas del peritoneo parietal, que se colocaron antes, y luego continúo mi sutura músculo-aponeurótica, tomando con la aguja pequeñas porciones de la superficie avivada y sangrienta del cuerpo del útero.

Suturo la piel con crin de Florencia y termino la operación anudando sobre pequeños rollos de gasa yodoformada, los cabos de los hilos de seda gruesa que unen el útero y todo el espesor de la pared.

La enferma permanece en cama tres ó cuatro semanas: al cabo de este tiempo la ventri-fijeza del útero está suficientemente sólida.

II.—Recursos terapéuticos en los prolapsus de desviación.

Obrando sobre las retro-desviaciones del útero, es como tienen influencia estos medios sobre el prolapsus.

Comprenden, pues, todos los procedimientos aconsejados contra las retro-desviaciones uterinas, que son:

I. *Pesarios.*
II. *Operación de* Alquié-Alexander-Adams.
III. *Metro-elitrorrafia.*
IV. *Colporrafias.*
V. *Vagino-fixaciones.*
VI. *Colpo-histeropexia pélvica posterior.*
VII. *Láparo-histeropexia.*
VIII. *Operación de* Relly *y*
IX. *La histerectomía.*

En un caso notable, el Dr. GUSTAVO PAGENSTECHER, de San Luis Potosí, recurrió con éxito á la *colpopexia rectal;* obstruyendo el fondo de DOUGLAS, corrigió una retro-versión acentuada y curó así á una enferma de prolapsus uterino por desviación.

El análisis detenido de todos estos medios, corresponde al estudio de la retro-versión uterina, y no nos ocuparemos de ellos en este lugar.

III.— Recursos terapéuticos en los prolapsus de debilidad.

Este grupo es el que posee un número mayor de procedimientos y el que ha sido más estudiado y explotado por todos los autores de Ginecología.

No me ocuparé, ni de la *episiorrafia*, ni de la *infibulación* por medio de un anillo metálico, ni de la *cauterización* de la vagina, ni de ninguno de aquellos procedimientos que si en un tiempo fueron recomendados, hoy están en el olvido más completo.

Estudiaremos los recursos verdaderamente útiles, y nuevos si los hay, que permitan obtener sólidos y seguros resultados terapéuticos.

Para ordenar este estudio clasificaremos estos recursos en

I. *Operaciones sobre la vagina*
II. *Operaciones sobre el perineo y*
III. *Operaciones colpo-perineales.*

Véamos aisladamente estas operaciones:

I.—Operaciones sobre la vagina.

COLPOPEXIAS.—Desde los trabajos de PEAN, relativos á la fijación de la vagina sobre las paredes de la excavación pélvica, los autores se han preocupado por la elevación mecánica de la vagina: La *colpo-cistorrafia* de BYFORD, es la sutura de la vagina, sobre la pared abdominal, al través de la región inguinal.

GOUBAROFF y DELBET han propuesto medios particulares para obtener la elevación y sostenimiento de la vagina, preocupándose el primero por la consolidación del perineo y presuponiendo el segundo una histerectomía anterior.

Pero en tesis general, no son muy recomendables las colpopexias y sus resultados; aun en manos de sus propagandistas, no han sido favorables hasta hoy.

En cuanto á la *colpopexia rectal* de PAGENSTECHER, ó *retrofijación rectal del fondo de saco posterior*, como su mismo autor la designa, aun no cuenta con estadística suficiente; y si bien es cierto que se ha publicado un caso feliz, no puede clasificarse aún entre los procedimientos experimentados y de confianza.

Como un medio indirecto de fijar la vagina á la pared abdominal, algunos autores, VLACCAS, DUMORET, TUFFIER y otros, no han vacilado en suturar la vejiga sobre los tegumentos de la región hipogástrica, realizando así una verdadera *cistopexia*. La cistopexia puede ser una operación complementaria de la histeropexia.

PROCEDIMIENTO DEL PROF. LAROYENNE PARA LA CISTOPEXIA.—Comprende cinco tiempos:

1er TIEMPO: Desinfección del campo operatorio. Dilatación de la uretra y lavado de la vejiga.

2º TIEMPO: Colocación de la enferma en la postura de TRENDELENBURG.

3er TIEMPO: Laparotomía, introducción de un dedo en la vejiga, que se levanta hasta encima de la sínfisis del pubis.

4º TIEMPO: Paso de las agujas[1] al través de los tegumentos y de la pared vesical, guiadas por el dedo introducido en la vejiga.

5º TIEMPO: Se retiran una á una las agujas y se ligan los hilos fijadores de la vejiga.—Sutura superficial con catgut.

PROCEDIMIENTO DE D. LOWSON PARA LA CISTOPEXIA.—Incisión abdominal mediana hasta descubrir el *fascia* sub-peritoneal: los bordes de la herida se separan fuertemente, mediante dos ganchos poderosos.

Incisión peritoneal transversal, de cerca de 3 centímetros, colocada á igual distancia de la sínfisis y del ombligo. Sobre cada una de las extremidades de esta incisión transversal del peritoneo, se comienzan nuevas incisiones peritoneales, que se llevan hasta los lados de la vejiga. El colgajo así circunscrito, encierra los ligamentos vésico-púbicos y el uraco: tirando sobre este colgajo se levanta la vejiga, con tanta más facilidad, cuanto que

1 *Aiguilles-broches*, LAROYENNE, *La Ginecologie*, 1898, p. 275.

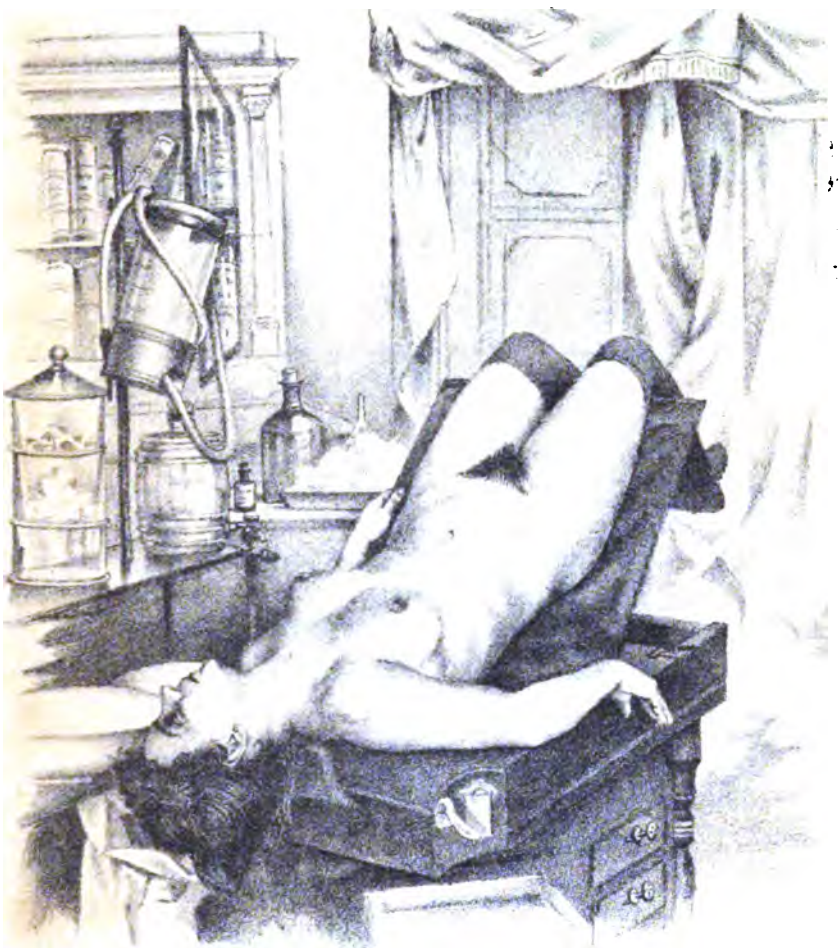


Fig. 44.—Posición de Trendelemburg, para las operaciones ginecológicas abdominales.

LIT. DEL TIMBRE.

DR. SUAREZ GAMBOA

se han aflojado previamente con el dedo sus conexiones con el pubis, y se sutura el uraco y los ligamentos vésico-púbicos sobre la aponeurosis abdominal y los músculos rectos, en el punto más alto que se desee. La vejiga puede subirse así, á voluntad del operador.

Sutura abdominal con catgut y crin de Florencia.

La cistopexia suspende la vejiga; pero no impide en el mayor número de los casos, la continuación de la colpocele anterior.

COLPECTOMIA.—MÜLLER, ginecólogo de Berna, ha recurrido á un procedimiento nuevo para la curación del prolapsus uterino, y desde 1896 á la fecha, cuenta con ocho observaciones, seguidas todas de éxito. He aquí cómo procede:

Después de haber traído el útero fuera de la vulva, traza sobre las paredes vaginales una incisión en forma de rombo, cuyo eje mayor está dirigido desde el meato urinario hasta el perineo: el cuello del útero representa el centro de este rombo. Todo el colgajo vaginal circunscrito por el trazado de la incisión, se diseca cuidadosamente y se quita: resulta una vasta herida, en el centro de la cual se encuentra el útero. Este se rechaza fuertemente hacia el fondo de la vagina, y sobre el útero mismo se reunen los bordes correspondientes de la herida vaginal, por medio de suturas con catgut fuerte: el útero desaparece totalmente. Queda en realidad excluido de la cavidad vaginal, por una especie de cápsula cicatricial limitada por las líneas de sutura. La vagina se halla transformada en una pequeña cavidad de tres ó cuatro centímetros de extensión.

OPERACION DE FREUND.—FREUND ha propuesto estrechar la vagina por una serie de hilos colocados en su espesor y susceptibles de desarrollar una inflamación intersticial que termine por la retracción cicatricial del conducto. He aquí su técnica:

Comienza por colocar una sutura circular, en jareta ó bolsa, muy cerca de las inserciones vaginales del cuello, con alambre fino de plata: al apretar la sutura, la vagina se frunce, el cuello uterino se eleva y queda abajo de él un anillo vaginal estrecho. Se procura no apretar demasiado la sutura, á fin de no obstruir la luz del canal.

Hecho esto, se coloca á 2 ó 3 centímetros abajo de esta sutura otra análoga: al apretarla, sube un poco más el útero.

De la misma manera se van colocando una tercera y cuarta

series circulares de suturas vaginales, que al irse frunciendo alzan más y más el útero y reducen el diámetro del canal. El último hilo se coloca en la entrada de la vagina, á fin de estrechar el orificio vulvar.

Este procedimiento ha sido empleado, también con éxito, por CHAPUT y por GŒZTIG.

OPERACION DE L. LE FORT.—LEÓN LE FORT ha tenido la idea de aumentar la solidaridad y resistencia de la columna vaginal, uniendo las paredes anterior y posterior, mediante una faja ancha de cicatriz. Se procede de la siguiente manera:

Sobre las caras anterior y posterior de la vagina, comenzando lo más cerca posible de la vulva, se trazan dos colgajos homólogos de 5 á 6 centímetros de longitud, por 1 ó 1½ centímetros de latitud. El avivamiento de estas superficies debe ser muy superficial, á fin de no debilitar la fuerza de los tejidos en este nivel.

El útero se introduce en el canal, el avivamiento posterior afronta con el anterior y sus bordes y superficies se reunen por suturas metálicas: la sutura se hace del útero á la vagina, y á medida que se avanza, la matriz se eleva hasta quedar apoyada sobre una columna de suturas que más tarde será una cicatriz dura y resistente.

La vagina queda dividida en dos canales pequeños, por un tabique de cicatriz intermediario.

COLPORRAFIA ANTERIOR Ó ELITORRAFIA.—GERARDIN, en 1835, ideó esta operación, que ha sido vulgarizada y modificada por SIMS, EMMET, HEGAR y DOYEN. Hoy la elitrorrafia es una operación que se ha hecho clásica.

Como su nombre lo indica, esta operación es una resección parcial de la pared anterior de la vagina, con sutura consecutiva de la herida.

SIMS daba al colgajo la forma de una herradura de vértice agudo, dirigido hacia la uretra. EMMET dió á la herida la forma de una cuchara de albañil; y mientras HEGAR recomienda la de una elipse de curvatura superior muy roma, DOYEN y DOLÉRIS, hacen un triángulo de base posterior.

El procedimiento más sencillo y rápido es el de DOYEN. Helo aquí:

El cuello uterino se toma con una pinza y se abate fuera de la vulva.

Una incisión en V, de vértice anterior, alcanzando adelante el

meato urinario y atrás los límites extremos de la superficie por avivar, se traza al bisturí.

El ángulo anterior asido con una pinza de garras, se desprende con el bisturí de los tejidos peri-uretrales, á los que se adhiere íntimamente. El desprendimiento se prolonga á derecha é izquierda, hasta alcanzar el tabique vésico-vaginal verdadero. Este colgajo flotante se toma por medio de una pinza de anillos y se desprende en algunos instantes con los dedos, la pared vaginal anterior, de la vejiga, hasta las cercanías del cuello uterino. La mucosa vaginal se aisla á derecha é izquierda, en todo el contorno de la incisión y se procura no cortar el colgajo, sino dejando un margen de vagina de 5 ó 6 milímetros, en el ángulo diedro formado por el desdoblamiento del tabique vésico-vaginal. Se obtiene así, para la sutura, dos verdaderos colgajos vaginales, que permiten la aplicación de una sutura sólida y capaz de sostener el fondo vesical plegado y rechazado hacia la cavidad de la vejiga.

Algunos autores, al ejemplo de LEJARS, antes de suturar los bordes cruentos de la vagina, hacen una sutura profunda, plegando hacia adentro la pared inferior de la vejiga, y dando así menos tensión á los tejidos comprendidos en la sutura superficial de la vagina.

STOLTZ y MUNDÉ, emplean otro procedimiento de sutura vaginal. Una vez terminado el avivamiento, pasan en los contornos de él, á cuatro ó cinco milímetros del borde, una sutura periférica, en jareta: al apretarla, fruncen la herida como una bolsa, rechazan la vejiga hacia adentro y obtienen una cicatriz circular, especie de ombligo, en vez de la cicatriz lineal de los otros autores.

Sea cual fuere el procedimiento de colporrafia anterior que se siga, la superficie del avivamiento tiene que ser muy amplia para que sea suficiente.

COLPORRAFIA POSTERIOR.—Hay que distinguir dos casos:

1º El perineo está ileso.

2º El perineo está más ó menos desgarrado.

Si el perineo está ileso, el avivamiento vaginal se detiene en la horquilla; si está desgarrado, se combina la colporrafia con la perineoplastía.

El avivamiento posterior para la colporrafia debe ser ancho, al nivel del cuello y al nivel de la horquilla. y muy angosto en el centro. Ha de tener la forma de dos triángulos unidos por sus vértices truncados. Una base está en el cuello uterino, la otra en la horquilla. (MARTIN, DOLÉRIS.)

II. Operaciones sobre el perineo.

En la gran mayoría de los partos, el piso pélvico se rompe, aun cuando el perineo aparente estar ileso.

A. P. GOUBAREFF asegura que esta ruptura es constante en todos los partos. He aquí cómo procede á investigar esta ruptura cuando es sub–cutánea.

Si se introduce en la vagina el índice encorvado, dirigido hacia atrás y hacia afuera, se encuentra habitualmente un tractus elástico, formado por el músculo elevador del ano. Puede también el ginecólogo, darse cuenta de que los dos tractus, el de la derecha y el de la izquierda, existen en las nulíparas; el punto de reunión de los dos tractus da la impresión de una vaga resistencia, que se confunde con la resistencia del rafé posterior. En las mujeres que han tenido hijos, este lugar se presenta como una depresión ó foseta, donde el dedo puede hundir la mucosa vaginal. Esta foseta no es otra cosa más que el vestigio de las desgarraduras del piso pélvico, y como no existe sino en las mujeres uni ó multíparas, se la puede designar *fossa maternitatis* de GOUBAREFF.

En las operaciones del perineo, la restauración del piso pélvico debe ocupar el primer lugar.

Para esta restauración hay que fijarse en los puntos siguientes:

I. La superficie de avivamiento debe reproducir exactamente la topografía de la región.

II. El avivamiento debe ser profundo para que alcance los músculos desunidos.

III. Mientras más precoz es la sutura, más esperanzas hay de éxito, pues menos atrofiados están los músculos.

IV. Adaptación perfecta de las superficies avivadas, y sutura separada en varios planos.

Estas operaciones, para la restauración del perineo, son de dos ordenes: 1º las *perineorrafias;* 2º las *perineoplastías.*

PERINEORRAFIAS.—No se debe contar con los esfuerzos propios de la naturaleza, para cicatrizar, debidamente, las lesiones perineales post–partum, y de un modo general, todas estas lesiones reclaman la intervención de un Cirujano.

Mucho se ha discútido la oportunidad de la acción del Cirujano; pero en tesis ordinaria se puede declarar: *que las lesiones perineales post–partum, deben repararse inmediatamente que se producen.*

CLINICA QUIRURGICA.

(La Histerectomia.)

Fig. 45—Incisión de las paredes del vientre, en una histerectomía abdominal.

Lit. del Timbre.

Dr. Suarez Gamboa

Esta operación es la *perineorrafia inmediata primitiva*. El procedimiento más rápido y sencillo, es la coaptación de los tejidos desgarrados, mediante una ó varias series de suturas con catgut y con crin de Florencia.

Cuando el Cirujano, por algún motivo, no ha podido practicar la perineorrafia inmediata primitiva, debe procurar hacer la *perineorrafia inmediata secundaria*.

La antisepsia y la asepsia ginecológicas lo autorizan á intentar y á esperar el éxito, siempre, en esta operación secundaria. Los recientes estudios de KOLMOGOROFF le permiten plantear las conclusiones siguientes:

I. No se debe esperar el fin del período post-puerperal, para practicar la perineorrafia, si la sutura no se ha hecho durante las primeras horas después del parto.

II. Si los puntos de la sutura perineal se retiran sin que la reunión de la herida se hubiere hecho aún, es preciso practicar una nueva perineorrafia, sin esperar la cicatrización por yemas.

III. La ablación de las granulaciones con la cucharilla y la aplicación de suturas para la restauración del perineo, no ofrecen peligros para la mujer.

IV. Se obtienen resultados excelentes con la perineorrafia inmediata secundaria, practicada entre el segundo y el vigésimo día después del parto.

PERINEOPLASTIAS.—Cuando las rupturas del perineo son antiguas, cuando las desgarraduras están cubiertas por tejido de cicatriz, se hace indispensable recurrir á métodos que permitan restaurar el perineo, sin aumentar las pérdidas de los tejidos: he aquí la razón por la cual se comienzan á abandonar los *avivamientos por excisión*, con provecho de las *plastías por desdoblamiento*.

Los procedimientos que comprenden estos dos métodos son innumerables: desde AMBROSIO PARÉ, hasta nuestros días, las incisiones y los colgajos se han modificado sin cesar. No nos ocuparemos de la mención de ellos, que puede el lector que lo desee, encontrarlos en la obra de POZZI, en los artículos de KIRMISSON ó en el libro de PICQUÉ.

Nos limitaremos á conocer los métodos de MOND, de DOYEN y de POZZI, que dan una idea de los demás.

PROCEDIMIENTO DE MOND.—Dos pinzas tira-balas introducidas atrás, á la derecha y á la izquierda de la vulva, sirven para

tender la cicatriz perineal. En los casos de rectocele intensa, el índice izquierdo protegido por un guante de caucho, se introduce en el recto y hace resaltar bien la pared vaginal posterior. Incisión curva en la vulva, en medio de las dos pinzas. Una pinza de Kœberlé levanta la mediana de la pared vaginal posterior, dividida. Con tijeras curvas se penetra en la línea media, dirigiendo la punta siempre hacia adelante: con pequeños movimientos de lateralidad se va penetrando bajo la mucosa vaginal hasta el vértice del triángulo por resecar. Se retiran entonces las tijeras, abriéndolas fuertemente. El colgajo se despega; se le divide en su medio y se hacen las ablaciones laterales que se juzguen necesarias, se sutura cuidadosamente la superficie avivada.

Procedimiento de Doyen.—Circunscribe la superficie cicatricial por medio de incisiones que forman una especie de rombo, cuyos lados son curvos, y cuyos ángulos corresponden: uno á la vagina, dos á los bordes de la vulva y el cuarto al perineo, y extirpa el colgajo circunscrito.

Comienza la sutura por la vagina, de atrás hacia adelante, y la termina por la piel. Si se desea estrechar aun más la vulva y obtener un perineo más extenso, se prolongan los avivamientos angulares laterales, sobre la mucosa de los grandes labios.

Procedimiento de S. Pozzi.—Emplea comunmente para las rupturas del perineo, completas ó incompletas, el procedimiento de desdoblamiento de Lawson Tait, pero con modificaciones muy profundas, tanto en el modo de realizar el avivamiento como en las suturas.

Hé aquí cómo procede Pozzi, en las desgarraduras incompletas: hace una incisión en U ó en H con los trazos inferiores muy cortos; la parte transversal de la incisión pasa en medio de los restos del perineo; la parte vertical sube á 2 ó 3 centímetros adelante, de cada lado, y si las partes blandas son muy gruesas, se prolongan un poco hacia atrás, dando así la forma de una H truncada inferiormente, á la incisión semi-elíptica primitiva. Para hacer fácilmente estas incisiones, tiende la piel por medio de pinzas tira-balas que previamente se han implantado en los límites del campo operatorio. Pozzi utiliza tijeras rectas, de las que sólo una rama tiene punta, ó mejor aún, tijeras curvas de Roux. Desdobla luego el tabique recto-vaginal, en una altura que varía de 2 á 3 centímetros, y de cada lado diseca la cara posterior de la vagina y la cara anterior del recto, hasta obte-

ner una herida tan ancha como la palma de la mano. Algunas veces esta herida sangra mucho: se ligan con catgut las arteriolas y se limitan las venas á una compresión transitoria, pues las suturas las ocluirán. Durante toda esta disección, se guía sobre el índice izquierdo sostenido en el interior del recto. En efecto, sin esto sería casi imposible evitar la herida del intestino, que Pozzi moviliza muy alto, cuando se trata de una ruptura perineal completa, á fin de poder abatir la desgarradura rectal lo suficiente para que las suturas de ésta queden al exterior. Procediendo con precaución y siguiendo bien la cara anterior del recto, no se hará herida ni en éste ni en la vagina; mas si esto sucediese, se la cerraría inmediatamente, con un punto de sutura perdida, hecha con catgut, á la manera de LAUENSTEIN.

Esta gran extensión del desdoblamiento y del descenso del recto, en los casos de desgarradura perineal completa, constituye una de las modificaciones de Pozzi al método de TAIT. Otra modificación feliz se relaciona con las suturas; he aquí cómo procede aquel autor: comienza por colocar tres ó cuatro hilos de plata profundos, que penetran y salen, á un centímetro de los bordes de la herida, y que recorren toda la superficie profunda del avivamiento. Su parte media corresponde á la parte más profunda del desdoblamiento, al nivel del punto en que la vagina se separa del recto. Antes de apretar estos hilos, se hace la sutura con catgut, de los planos profundos; y la de la piel, con crin de Florencia.

La curación se hace con gasa iodoformada, y las suturas se retiran hasta el octavo ó el décimo día, salvo indicación especial.

III.—Operaciones colpo-perineales.

Tienen por objeto estrechar, á la vez, la vulva y la vagina.

Los procedimientos más conocidos son los de HEGAR, de MARTIN, de DOLERIS y de DOYEN.

No nos detendremos en ellos, pues son en suma una reunión de las operaciones vaginales y perineales que hemos visto ya.

Pasemos, pues, á este otro punto de la terapéutica de los prolapsus genitales:

TRATAMIENTO DE LOS PROLAPSUS UTERINOS COMPLICADOS.

En buena lógica, este tratamiento es indiscutible: en presencia de un útero prolabado canceroso, fibro-miomatoso, gangrenado ó infiltrado por supuraciones pélvicas, el prolapsus mismo se considera como de segundo orden, y la intervención del Cirujano se dirige más directamente á la complicación.

Nadie piensa en negar que sólo una indicación formal existe en semejantes circunstancias: la extirpación del útero caído y complicado. Es decir, la *histerectomía*.

DISCUSION CLINICA.

Hemos estudiado los principales conocimientos que sobre la etiología, patogenia y tratamiento de los prolapsus genitales, interesa conocer al médico ginecólogo. Hemos obtenido una suma de conocimientos que, aunque pequeña, nos permite analizar en la imaginación el desenvolvimiento de los fenómenos que conducen á la caída del útero y el planteamiento de las condiciones esenciales á la reintegración de la estática pélvica y al sostenimiento de ella.

Vamos, ahora, con nuestro caudal de conocimientos, á buscar las aplicaciones de ellos; vamos á estudiar las enfermas, procurando utilizar para la verdadera terapéutica clínica, los datos de Patología que hemos obtenido, sin olvidar que nuestra misión investigadora ha cesado, y que en el momento presente no tenemos más mira que curar á nuestras enfermas, procurando hacerlo con los menores peligros posibles y con las mayores probabilidades de éxito.

Nos hallamos en nuestra Clínica, y la enferma que estudiamos tiene un prolapsus genital completo.

Desde luego el primer punto que se nos ocurrirá tratar será el siguiente:

¿El padecimiento de esta enferma es de aquellos que reclaman imperiosamente una intervención terapéutica, ó bien puede abandonarse á los esfuerzos propios de la Naturaleza? ¿Esta mujer

CLINICA QUIRURGICA.

(La Histerectomia.)

Fig. 46 Disección del uréter izquierdo en una histerectomía, por quistes wolfianos bilaterales muy adherentes.

Lit. del Timbre.

Dr. Suarez Gamboa

tiene una afección compatible largo tiempo con la vida, que le permita huir de los riesgos y peripecias de una intervención sangrienta?

Verdaderamente el prolapsus genital es una afección que no pone directamente en peligro la vida, que se adapta bien á todas las exigencias de los órganos principales y que es conciliable por muchísimo tiempo, con la regular y normal evolución de la vitalidad.

Abandonado á sí mismo no cura jamás, no retrocede espontáneamente nunca, y tiende sin cesar á agravarse; pero puede, bajo la influencia de ciertos recursos, detener su evolución, y amenguar sus efectos.

Desgraciadamente, si el prolapsus genital en algunas condiciones se beneficia con los pequeños recursos de la Ginecología, en cambio, en otra multitud de ellas, sufre accidentes, complicaciones ó traumatismos, que lo transforman en el más temible de los males y en el más traidor de los padecimientos.

En efecto, ese útero colgante y móvil, esa vagina invertida, mal nutrida y sufriente, se hallan sin defensa al alcance de todos los agentes lesionantes del exterior, desde el sutil y virulento microbio, hasta el voluminoso y lesionante cuerpo extraño; desde la causticidad y acritud de la orina que lo baña, hasta la influencia destructora de los agentes físico-químicos exteriores.

Durante la marcha, la enferma lo sacude con el roce de sus muslos, lo hincha con la presión sanguínea, lo contamina con los polvos del camino, lo comprime si se sienta, lo estira si se esfuerza, lo aplasta ó desgarra si tropieza ó si se cae. Y esa escoriación de la vagina, esa herida pequeñita ó esa desgarradura imperceptible, son un foco de infección: los tejidos se contaminan, el órgano se ulcera y toda la tremenda corte de los despulimientos epiteliales, se instala en ese órgano mal nutrido, peor inervado y condenado á su repentina destrucción.

Que la vida es compatible largos años con un prolapsus genital, es innegable; ¿pero se puede llamar vida á la que arrastran algunas de esas enfermas infelices?

La mujer á quien su buena posición le permite el reposo y la quietud, la señora que puede pasar muchos días en una cama ó muchos meses en un sillón, por sus dolores constantes, por su fatiga tenaz, por sus trastornos digestivos y nerviosos, no tolera mucho tiempo el desequilibrio de su pelvis y busca al fin el término de sus molestias. Estas pueden desaparecer mediante

el empleo de pequeños aparatos de prótesis ó por intermedio de ciertas operaciones sencillas y fáciles.

Pero la mujer que privada del socorro de la posición social elevada, tiene la inprescindible necesidad de buscar los recursos primos para su vida por trabajos corporales más ó menos rudos; la que tiene bajo su estricta laboriosidad el sustento y abrigo de su familia, la que no puede estar uno ó dos días tranquila en su cama, sin sufrir grandes perjuicios, esa, sufre con el prolapsus genital, no solamente una causa de peligros y de accidentes, mucho mayor que en las otras mujeres de vida sedentaria, sino una afección que la imposibilita para el trabajo, que le impide ganar el alimento diario y que es indirectamente, poco compatible con la vida.

En las primeras mujeres, en la[illegible]modadas y ricas, un pesario ó un histeróforo correctame[illegible]locados y cuidados con esmero, podrán paliar los a[illegible]aun presentándose éstos, el reposo debido en el lecho y los[illegible]los profesionales del médico, podrán combatirlos con [illegible]dad; pero en las segundas, en las que trabajan para vivir, [illegible]le esos instrumentos se hace casi imposible, y aun suponi[illegible] estas mujeres los soportasen, sus ocupaciones mismas [illegible]lirían atender con el cuidado debido su vagina, y obten[illegible]n el pesario ó con el histeróforo, en vez de agentes de [illegible], nuevos focos de peligros y de complicaciones.

En resumen: la existencia de un prolapsus genital, aun cuando no ponga en peligro la vida, por sí mismo, es una indicación constante de intervención quirúrgica, que será necesaria unas veces é indispensable otras; pero que nunca deberá sustraerse á la acción terapéutica de los cirujanos ginecólogos.

Pasemos ahora á este otro punto:

¿Qué edad tiene nuestra enferma?

Las investigaciones en este sentido tienen para el Clínico gran importancia. En efecto, sus conclusiones y sus indicaciones, variarán según que la mujer esté aún en la vida sexual ó que esté en los límites de la menopausa ó dentro de ella.

La importancia de la preñez es tal, que desde luego en las mujeres que menstruan se procurará huir de todos aquellos métodos que puedan causar esterilidad ó que ocasionen peligros graves para la gravidez ó el parto. Está demasiado sabido, que el

prolapsus genital no es un inconveniente para la concepción, y que todo el período de ella puede evolucionar normalmente, no obstante el estado irregular de los órganos pélvicos.

De los prolapsus en las niñas recién nacidas, casi no debemos ocuparnos: son todos fenómenos más bien teratológicos, que de Ginecología pura. Los accidentes nerviosos que los acompañan hacen difícil la viabilidad, y su tratamiento es meramente higiénico y de protección.

La extrema rareza del prolapsus en las vírgenes, nos autoriza á tratar muy ligeramente este punto: el estudio de la patogenesia y de la etiología de ellos, es el estudio de su tratamiento. No nos ocuparemos más de esto.

Así, nuestro estudio se basará principalmente en estos puntos cardinales: ¿la enferma es una mujer susceptible de concebir y de parir, ó no lo es?

Este es el punto que debe resolverse.

Preciso se hace acompañar á la averiguación de la edad, el reconocimiento atento de todo el aparato genital de la mujer, hasta obtener la seguridad de que no existe ninguna lesión uterina, tubaria ú ovárica, que modifique el dato obtenido por la edad.

Hecha esta división de las enfermas, en los grupos de fecundables y de no fecundables, pasamos á este otro punto:

¿Qué antecedentes genitales, puerperales ó extra-puerperales, qué antecedentes genitales hereditarios y cuántos partos, buenos ó distócicos, ha tenido esta mujer?

La importancia de los embarazos anteriores es esencial en la historia de estas enfermas: averiguaremos cuántos hijos ha tenido, á qué edad tuvo el primero y cuánto tiempo ha transcurrido desde el último; procuraremos insistir en la investigación del modo de ser de sus alumbramientos, del cuidado que recibió durante ellos, de la necesidad de haber sufrido operaciones, y si es posible, de la naturaleza de ellas. Trataremos de saber si ha tenido accidentes puerperales, traumatismos obstétricos del perineo ó lesiones en la vagina y órganos vecinos; si ha tenido embarazos durante el período de existencia constituída de su prolapsus, si después de sus partos ha seguido una conducta debida, etc., etc.

En la investigación de la herencia morbosa, tiene mucho interés la que se relaciona con el aparato genital de sus parientes. Se inquirirá si el prolapsus es frecuente en la familia; si algunos

miembros de ella presentan hernias, congénitas ó fácilmente adquiribles, etc,. etc.

Si la mujer es unípara ó nulípara, se buscará la existencia de los accidentes que más comunmente causan en éstas los prolapsus: retro-desviaciones, metritis, tumores pélvicos, etc., etc.

Como complemento de esta exploración, se revisarán todos los órganos abdominales susceptibles de luxarse ó de caer sobre el útero: ya el lector tiene conocimiento de aquella mujer que observé en Veracruz, con un prolapsus uterino irreductible, causado por la presión del hígado caído en la pelvis.

De los exámenes anteriores debemos llegar á deducir la etiología directa de la afección. Sabremos si el útero se cayó por falta de resistencia vaginal ó perineal, si fué por alteraciones de su estructura ó por desviación de sus ejes, ó si la causa se halla en la elongación y atrofia de sus ligamentos.

La mayoría de las veces estas causas se combinan y sucede, por ejemplo, que la multiplicidad de los partos y la mala asistencia durante el período de involución, á la vez que elongan y adelgazan los ligamentos uterinos, aflojan, rompiendo los medios de fijeza, la vagina, y debilitan el piso pélvico, desgarrando el perineo.

Pero la sagacidad del clínico, disociará el cúmulo de los datos adquiridos y le permitirá llegar á las verdaderas conclusiones, declarando la naturaleza única ó las naturalezas combinadas del caso especial que estudia.

Vamos comprendiendo ya, que el estudio y tratamiento lógico de los prolapsus uterinos, tan desprestigiado por los malos cirujanos, es un tema de alta Ginecología, digno de la preocupación y de la labor de los verdaderos y efectivos médicos ginecólogos.

Hemos logrado obtener ya todos estos datos: el prolapsus uterino es una afección que debe siempre curarse y nunca abandonarse; la enferma que estudiamos tiene un prolapsus uterino, cuya naturaleza, etiología y patogenia nos son perfectamente conocidos; pasemos ahora á este punto:

El reconocimiento clínico del tumor que constituye el prolapsus, debe ser extraordinariamente cuidadoso.

No quiero ocuparme del diagnóstico de la existencia real de un prolapsus del útero: admito que todos mis lectores tienen suficientes conocimientos para no confundir un útero en prolapsus,

CLINICA QUIRURGICA.

(La Histerectomia.)

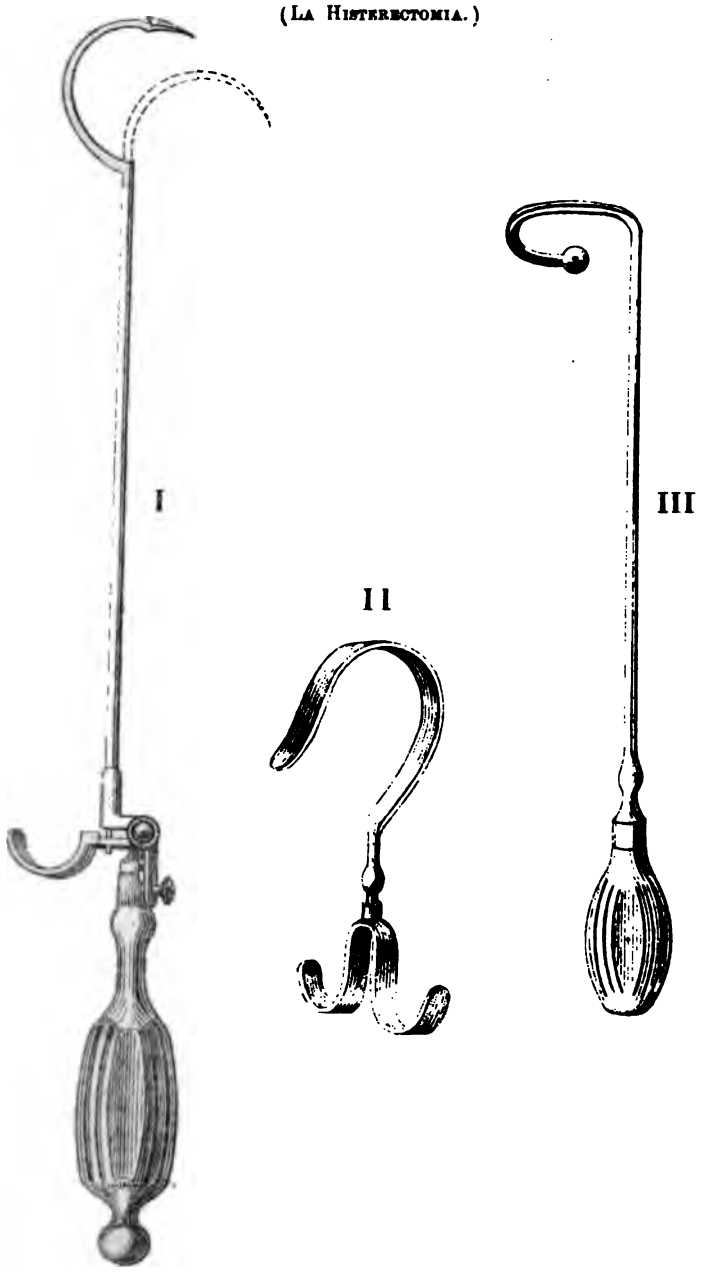


Fig. 47.—I. Aguja para suturas peritoneales profundas.
II. Erigna para extracción de fibromas.
III. Sonda acanalada vaginal

Lit. del Timbre.

Dr. Suarez Gamboa

con un tumor uterino, una inversión, una hipertrofia cervical simple, etc., etc. Por otra parte, el diagnóstico esencial del prolapsus no ofrece ninguna dificultad.

La primera cuestión que se debe plantear es esta:

¿El caso presente de prolapsus está complicado ó no? Es decir: ¿en el proceso dinámico, hay algún otro proceso extraño á él?

La existencia de un neoplasma uterino concomitante, la infección supurativa del útero, de sus anexos ó del para-metrium, el estado de grave alteración de la vejiga y del recto, ó la gangrena del tumor, son fáciles de distinguir en casi todos los casos. Las ulceraciones inflamatorias del cuello, podrían simular un carcinoma de él; pero el diagnóstico es poco dificultoso: la acción ulterior del tratamiento ó la investigación microscópica, aclararán las dudas.

La irreductibilidad del prolapsus, no es siempre de una demostración sencilla. Pueden los trastornos locales que la producen ser fugaces y la irreductibilidad ser transitoria; ó bien desarrollarse fenómenos constantes y la irreductibilidad ser permanente. Al buen examen y atento juicio del clínico corresponden aclarar estas circunstancias.

Una vez convencidos de la normalidad ó complicación del prolapsus, pasemos al reconocimiento metódico de los órganos que afecta y de las regiones vecinas. Estudiemos en el útero la posición y el estado funcional; buscaremos la situación de los anexos y las alteraciones que hayan podido sufrir; el estado preciso de las paredes vaginales y de sus conexiones músculo-membranosas; la dirección y resistencia de las paredes vesical posterior y rectal anterior; el estado de los músculos profundos de la pelvis y de los ligamentos uterinos y vaginales; la amplitud y resistencia del perineo; la extensión y profundidad de las laceraciones cicatrizadas, si existen, etc., etc.

En caso de un prolapsus complicado, procuremos alcanzar los límites de los neoplasmas y sus relaciones con los órganos y tejidos circunvecinos; la extensión de las infiltraciones sépticas ó específicas; el estado del peritoneo, parietal y visceral; el participio del estado general de la enferma; la resistencia probable de su vitalidad, etc., etc.

Todos estos datos deben llevarnos al descubrimiento de los órganos, regiones y tejidos que nos puedan ofrecer auxilios y ventajas, en el momento de la intervención operatoria; así como al de los órganos, regiones y tejidos de los que debemos desconfiar ó preservarnos.

Nos enseñarán, también, la naturaleza propia de la intervención y la manera de realizarla con menos riesgos para la enferma y más seguridades para el resultado. En este sentido, las exploraciones del Clínico, se extenderán á todos los aparatos orgánicos de la economía, á fin de comenzar el tratamiento combatiendo y alejando toda causa extrínseca al prolapsus genital, que pudiese ser un motivo de fracaso quirúrgico: combatirá la constipación, si existe; los accidentes de cistitis, si se encuentran; los vómitos, la tos, todo aquello, en fin, que directa ó indirectamente tienda á elevar las presiones que sufra el útero y por consecuencia, á destruir las futuras líneas de cicatrización.

Una vez que el Clínico se ha posesionado bien de la naturaleza, estado actual y circunstancias propias del caso de prolapsus ante el que se encuentra, natural es que procure en una rápida y juiciosa revista, recordar qué ventajas, qué inconvenientes, qué indicaciones tienen los diversos recursos operatorios que posee para la curación de los prolapsus genitales, á fin de hallar el propio para el caso actual, y llenar cumplidamente las indicaciones presentes y las exigencias futuras de la enferma que en ese momento estudia.

Esta revista no le distraerá mucho su atención, pues ya los conocimientos generales que tenemos sobre estas operaciones, le habrán permitido formarse un fondo original de criterio; pero mayor rapidez obtendrá para hacerla, reasumiendo como sigue su estudio.

Rápida revista de los resultados é indicaciones de las diferentes operaciones que hemos estudiado anteriormente:

AMPUTACION SUPRA-VAGINAL DEL CUELLO. — Los ginecólogos modernos tendemos á limitar más cada día las indicaciones de esta operación, que si no es enteramente benigna, tampoco produce resultados constantes.— La gran mayoría de las veces la hipertrofia cervical no es más que un edema duro originado por los trastornos circulatorios del útero, que desaparece en poco tiempo, cuando el órgano vuelve á su posición normal.

OPERACION DE ALQUIÉ-ALEXANDER-ADAMS. — Es un recurso precioso en los prolapsus con retro-desviación; pero fracasa comunmente en las otras variedades. POLK, cirujano norteamericano, ha obtenido grandes éxitos con ella; pero á pesar de esto, esta operación no podría emplearse racionalmente, mas que en

los prolapsus por desviación y en algunos de fuerza, por extrema elongación de los ligamentos suspensores del útero.

Histeropexia.—La fijeza abdominal del útero es una operación esencialmente dirigida contra la caída de este órgano; pero no tiene acción contra la colpocele y sus consecuencias vesicales y rectales.

La mayoría de los autores extranjeros no se muestran muy partidarios de esta operación, y el relato de sus estadísticas no es tampoco favorable; sin embargo, en cinco casos de prolapsus genital, tratados por mí, por la gastro-histeropexia, he obtenido un fracaso, una persistencia de la cistocele, y tres curaciones permanentes hasta la actualidad.

Punto de grandes discusiones es la influencia de la histeropexia sobre la evolución de la preñez y el parto. Memorias de mucho mérito se han escrito sobre este punto, entre las que descuellan una de Audebert y Binaud, otra de Zeimet, otra de Blan y el trabajo de Caneva Zanini.

Hoy los ginecólogos clásicos están casi de acuerdo y se acepta que la ventri-fijación del útero no es una causa grave de distosia y que el trabajo puede efectuarse, en muchos casos, con toda regularidad.

Colpopexia.—De una manera general, se puede asegurar que las colpopexias no son muy recomendables: los últimos procedimientos no tienen aún estadística y las primeras operaciones no han dado buenos resultados.

La *colpopexia ligamentosa*, como complemento de la histerectomía, puede prestar algunos servicios, en casos muy determinados.

Colpectomía.—La operación de Müller, expone á la acumulación de líquidos y de mucosidades en el interior de la cavidad uterina, privada de su desagüe natural, y sólo es factible en mujeres que estén ya en período pleno de menopausa y que se hallen indemnes de toda lesión inflamatoria de la mucosa uterina.

Operación de Freund.—Procedimiento aun poco conocido en sus resultados. Parece encontrar sus mejores indicaciones en las mujeres de edad avanzada y cuya vagina muy ancha, forma abajo del útero, menos abatido, un voluminoso rodete de inversión.

Operación de L. Le Fort.—Recurso infiel, susceptible de sostener los accidentes del prolapsus después de la operación y expuesto á la desgarradura de la cicatriz y á la reproducción de la caída del útero, en cuanto las presiones abdominales sean un poco enérgicas.

Yo he observado un caso semejante y le he perdido por completo la confianza al *tabicamiento* de LE FORT.

COLPORRAFIAS.—Este es el grupo más interesante de las operaciones preconizadas contra el prolapsus genital.

Como quiera que las colporrafias requieren, indispensablemente para su correcta verificación, la integridad completa de la vagina, la necesidad de ciertas operaciones plásticas se impone, y el estudio de las colporrafias queda íntimamente ligado con el de las perineoplastías, constituyendo un grupo único é indivisible: el de las *operaciones colpo-perineales*.

OPERACIONES COLPO-PERINEALES.—El más poderoso recurso, los mayores elementos terapéuticos contra el prolapsus genital, se encuentran en estas operaciones.

El estudio detallado que hemos hecho ya de la constitución, relaciones y medios de fijeza de la vagina, nos demuestra desde luego que nuestra atención mayor, implica la mayor importancia del órgano estudiado.

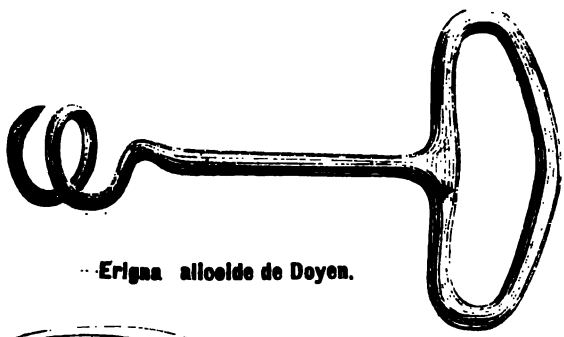
Es, en efecto, la serie de planos y la combinación mecánica de las resistencias de estos planos, las que hacen del piso colpo-perineal, el apoyo directo, poderoso, normal, de todas las presiones abdominales en la mujer. Especie de segundo diafragma ó *diafragma inferior*, el perineo con sus anexos, es el resumen de las fuerzas vivas que recorren, descomponiéndose y combinándose, los órganos todos de la pelvis.

El útero, órgano esencialmente colector de fuerzas, punto asaltado sin cesar por presiones de todo género y de todas direcciones, si cuenta con un aparato ligamentoso complicado que le permite disociar las presiones y repartir las fuerzas, halla á su vez, como principal apoyo, como sólida base elástica de resistencia, la columna vaginal y el tabique perineal. Que el aparato ligamentoso se debilite en tal ó cual sentido, y el útero será arrastrado en la dirección contraria del ligamento débil, por la resultante mayor de la fuerza disociada; que la columna vaginal con su robusto pedestal, el perineo, se debilite á su vez por una sección de su continuidad ó por una relajación de sus planos constitutivos, y el útero vacilará, se dejará arrastrar falto de apoyo, forzará sus medios de suspensión y caerá, caerá lenta ó rápidamente, pero al fin caerá, hundiendo, aplastando y finalmente arrastrando los despojos de su antiguo monumento basal, ahora burla y juguete de las fuerzas pélvicas desordenadas.

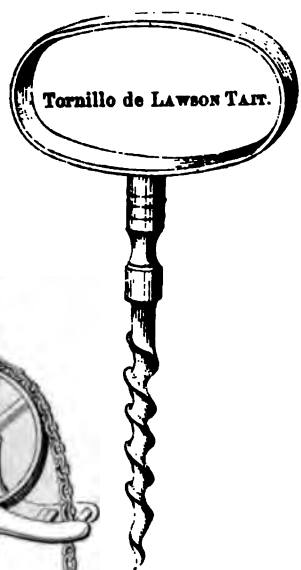
La necesidad de rehacer la armónica resistencia vagino-perineal, es urgente: si la constitución del plano de resistencias está

CLINICA QUIRURGICA.

(La Histerectomia.)

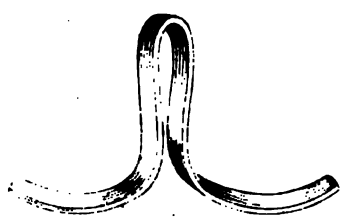


Erigna alloeide de Doyen.



Tornillo de Lawson Tait.

Mango para el procedimiento de la asa, del Dr. Chacon.



Extractor de polea de Reverdin.

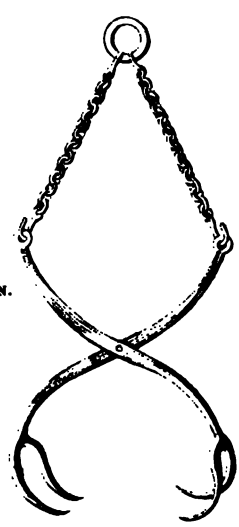


Fig. 48.

Lit del Timbre.

Dr. Suarez Gamboa

destruída por una lesión de continuidad, habrá que cerrar ésta y procurar la uniformidad superficial y profunda de las líneas de derivación física: si los elementos íntimos del aparato vaginal han permitido la ampliación del órgano y la destrucción de su coordinación de planos, interponiendo entre ellos una capa de aire, será menester estrechar la vagina, impedir la entrada del aire y armonizar las funciones de sus paredes.

Por eso todos los ginecólogos están acordes en dirigir sus actos sobre la región colpo-perineal; por eso las operaciones más fieles, más constantes y seguras en sus resultados, son las que realizan la reconstrucción de la resistencia perineal y la unidad de la columna vaginal.

Reconstruir el perineo, zona final de apoyo y resumen último de toda la resistencia abdominal inferior, sin reforzar la vagina, es hacer una operación inútil, y en pugna no sólo con la ciencia ginecológica, sino hasta con la lógica más infantil.

Reforzar la vagina, sin procurarle una sólida base, es algo análogo á lo anterior.

Hay que dar apoyo al útero: reforcemos la vagina, *medio conductor de las fuerzas, no órgano especial de resistencia*, y procuremos buscar un plano exclusivo para resistir, una zona poderosa, sólida, enérgica, adonde distribuir el cúmulo de fuerzas vivas que recorren á torrentes la vagina, que penetran á ella por su extremidad superior, procedentes del útero, y que deben salir por su extremidad inferior y distribuirse en un terreno apto para disociarlas y destruirlas. Este terreno de difusión de las fuerzas, este órgano poderoso de resistencia, este apoyo verdadero del útero, es *el perineo*.

La vagina es el órgano colector y trasmisor de las fuerzas que recibe el útero; el perineo es el verdadero agente de la resistencia y de la destrucción de esas fuerzas.

Si la vagina no está en aptitud de absorber todas las presiones que le trasmite el útero, el útero sufrirá las consecuencias del sobrante de fuerza, pues no es órgano de resistencia, y cederá y se dislocará.

Si la vagina está en aptitud de absorber todas las fuerzas que recibe del útero, *pero no las emite, sino que las acumula*, la vagina que tampoco es órgano de resistencia, cede y hace ceder al útero.

Pero si el perineo acepta y recibe todas las fuerzas que emergen de la vagina, si la vagina trasporta y recibe todas las fuerzas que el útero le envía, el útero no sufrirá presiones, la vagina

no tendrá que resistir fuerza alguna, y el perineo, funcionando normalmente, destruirá todas las presiones recibidas, en virtud de las leyes de la difusión y la transformación del movimiento.

Hay necesidad, pues, en todas las intervenciones vaginales y perineales, en el tratamiento del prolapsus uterino, de combinar siempre la reconstrucción de los dos órganos.

Es la manera de asegurar el éxito y de no culpar las colporrafias de infidelidad, como hacen algunos ginecólogos; ni de acusar las perineorrafias de inutilidad, como hacen otros.

Dada una enferma determinada, indicar cuál de estas operaciones está indicada en ella.

Desde luego hay que proceder al juicio, inspirado en este principio: *no hay un prolapsus uterino, sino que hay una diversidad de ellos.* Así, no buscaremos una operación universal para todos los casos,—aun cuando las lesiones iniciales parezcan siempre análogas, los grados varían y las lesiones secundarias difieren, —sino que procuraremos relacionar el caso presente con alguna ó algunas de las operaciones estudiadas, encontrando la fórmula justa para cada caso.

Cuando el prolapsus es sintomático de un tumor abdominal, la operación principal es la extirpación del tumor: y la fijación abdominal del útero, la operación complementaria.

De los prolapsus incompletos, poco tendremos que decir, pues no es nuestra mira el estudio de ellos: la *elitrorrafia*, la *colpo-perineorrafia* ó las *péxias*, bastan á menudo.

En el prolapsus completo, las dificultades son mayores, y en tesis general se puede decir:

Si la mujer se halla aún en el período genital, el Ginecólogo, salvo grandes escepciones, debe limitarse á las operaciones conservadoras, tales como el *eurettage*, la *amputación del cuello*, las *colporrafias* ó mejor aún las *colpo-perineoplastías*.

Si el útero está desviado al mismo tiempo, se acudirá á la *operación de* ALQUIÉ-ALEXANDER ó á la *histeropexia abdominal*. Se vigilará mucho que no se haga nunca ninguna operación sin acompañarse de la restauración y del reforzamiento del perineo.

Si la enferma es una mujer avanzada en edad, y fuera ya del período sexual, se puede recurrir á operaciones más radicales, tales como la de FREUND, la *exclusión uterina*, la *histerectomía*, etc., etc. La histerectomía se hará siempre combinada con la colpectomía y con la reparación vulvo-perineal.

INDICACIONES DE LA HISTERECTOMÍA.

Actualmente la opinión común de los autores de Ginecología no parece favorecer mucho la idea de la exéresis uterina total, para la curación de los prolapsus genitales, y las indicaciones de ella se limitan más y más.

Desde luego ocurre asentar, como indicaciones lógicas é indiscutibles de la histerectomía, todos los prolapsus verdaderamente complicados: en presencia de un *cáncer*, de *fibromas*, de la *gangrena* ó del *estrangulamiento* grave del tumor, de *lesiones supuradas anexiales* en ambos lados, de *ulceraciones uterinas extensas* y profundas ó de *supuraciones pélvicas*, nadie pensaría en negar la histerectomía; pero este no es el punto capital de la discusión.

Este punto, hele aquí: ¿Hasta dónde se extienden los derechos de la histerectomía, qué ventajas ofrece sobre los otros métodos, y cuáles son sus contra-indicaciones y desventajas?

Desde luego, asentaremos que todas las histerectomías que han descrito los autores para combatir el prolapsus uterino, *se han verificado en mujeres que habían cesado de tener sus reglas ó que estaban ya en las fronteras de la menopausa.* La regla se pone inviolable: salvo complicaciones graves que amenacen por sí mismas la vida de la enferma, nunca se debe proceder á la histerectomía en mujeres aptas para la fecundación. No es lo mismo en las mujeres viejas é infecundas ya: el útero en estas condiciones, se vuelve un estorbo, un órgano inútil, y por los accidentes repentinos que puede causar, accidentes por otra parte no recompensados por ninguna ventaja, no se hace acreedor á mucho respeto, y parece por sí mismo condenarse á la expulsión.

Las ventajas de la histerectomía pueden medirse por la infidelidad de los otros métodos.

Hay que convenir que en ciertas formas de prolapsus estamos bien acondicionados para corregirlos y *sostener* la corrección, y que las operaciones plásticas vagino-perineales, combinadas ó no con las fijaciones uterinas, pueden prestar reales y durables servicios.

En estos estados medios del prolapsus, cuando hay un perineo útil y una pared abdominal bien constituída, pensar en la histerectomía, sería ilógico, quizá criticable; pero en los estados avanzados del prolapsus, cuando el perineo está destruído, cuando el abdomen tiene adelante una especie de cortina delgada, flá-

cida y colgante, como pared anterior; cuando se hace una operación y otra y luego otra, y el prolapsus se reproduce otras tantas veces, no es lógico, no surge espontáneamente en la imaginación la idea de quitar de una vez ese tumor fatalmente colgante?

¿Qué podemos hacer en un prolapsus viejo, edematoso, keratinizado, quizás con bridas fibrosas internas, en una mujer anciana y sufriente? ¿Qué operación plástica podrá intentarse sobre los residuos fibrosos, atrofiados y raquíticos de un perineo que se ha destruído, y sobre ese vientre flojo, arrugado, flotante, cómo se podría fijar el tumor uterino, grueso, pesado y tendiendo siempre á herniarse? ¿No hay más esperanza en estos casos que la serie de operaciones plásticas y su serie de fracasos consecutivos?

La histerectomía suprime de un golpe el tumor. ¿La histerectomía ha curado el prolapsus?

De ninguna manera: aun después de suprimido el útero, se ha observado la reproducción del prolapsus vaginal.

Pero la histerectomía *sola*, nunca debe intentarse, sin ejercer á la vez cierta acción sobre la vagina: la operación clásica es la *histero-colpectomía*.

Sobre una estadística de 62 histerectomías sencillas, no combinadas con operaciones colpo-perineales, ZOLOTNITZKY cuenta 23 reproducciones; y sobre otra de 64 histerectomías acompañadas de colporrafias extensas, no observó sino 11 reincidencias.

Así, todos los autores están acordes en esta tendencia: *resecar la vagina en todo lo que se pueda, y sostener, fijando, su extremidad superior*. La *gravedad* de la histerectomía, según las estadísticas de ZOLOTNITZKY, sería de un 2.44 por 100, en el extranjero, y de un 1.49 por 100, en Francia. Algunos ginecólogos hacen subir estas cifras hasta un 9 por 100.

La verdad es, que *la histerectomía no tiene un peligro grave peculiar á ella, por ella misma;* que pretender deducir su gravedad por el número de muertos habido en cada 100 casos de prolapsus tratados por ella, es un pernicioso sistema, infiel siempre en sus consecuencias. Ni todas esas cien enfermas tenían en el mismo estado el corazón y los riñones; ni absorbieron idéntica cantidad de cloroformo; ni tenían idéntica resistencia vital; ni sus órganos pélvicos estaban en iguales condiciones; y ni, finalmente, los cuidados de asepsia y las técnicas operatorias seguidas, fueron idénticas.

Pretender deducir de cien casos, variantes en sus circunstancias, el efecto de una misma operación quirúrgica, es ilógico.

CLINICA QUIRURGICA.

(La Histerectomia.)

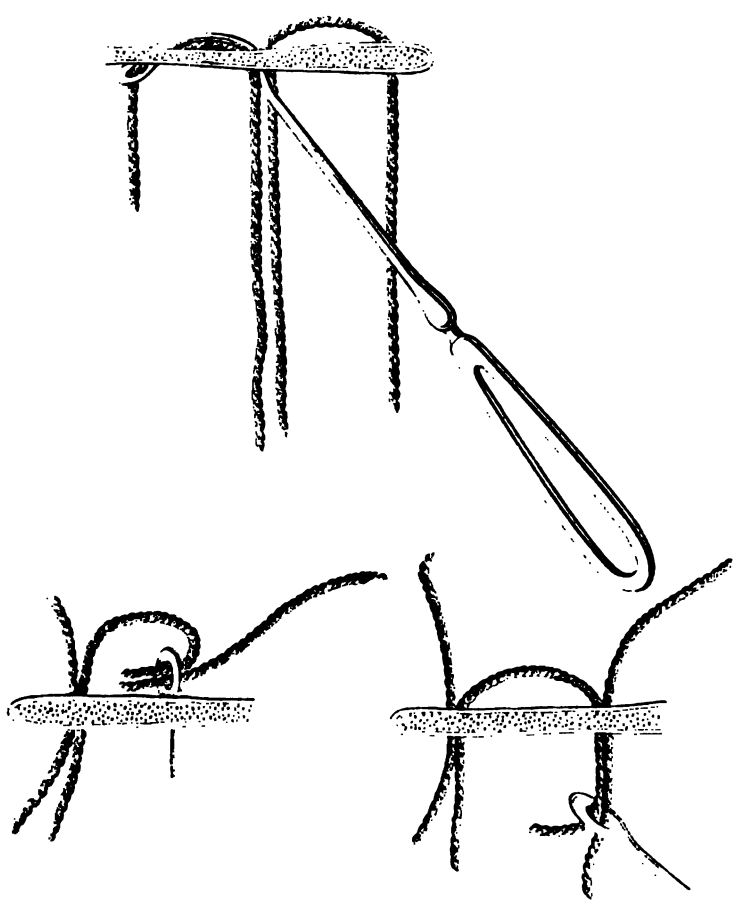


Fig. 49.—I. Ligadura en cadena. Técnica habitual para colocar los hilos, á partir de la segunda asa.

II. La primera asa seccionada; la aguja roma, introducida sola, va á buscar una de las extremidades de la primera asa y la extrae fuera del pedículo, al mismo tiempo que introduce un nuevo hilo.

Lit. del Timbre.

Dr. Suarez Gamboa

Yo he operado dos enfermas de prolapsus uterino por la histerectomía abdominal, con colpopexia ligamentosa; ¿voy á deducir de ahí que tengo un ciento por ciento de éxitos? Seguramente no.

El pronóstico de la histerectomía, en el prolapsus uterino, varía, como el de todas las operaciones de alta Cirugía, con las condiciones orgánicas de la enferma y con la pericia y habilidad del operador. Pero de un modo general se puede asegurar que no es tan grave como pretenden hacerlo los adversarios del método.

La histerectomía está contraindicada en todos aquellos casos en que la vitalidad de la enferma esté comprometida ya, y en los que el trauma operatorio pueda precipitar la muerte de la enferma: senilidad avanzada, cardiopatías graves, nefritis ó lesiones pulmonares intensas, etc., etc.

En resumen: la operación de elección contra los prolapsus complicados, graves, es la *colpo-histerectomía*. La misma operación puede emplearse con ventaja en los prolapsus no complicados, cuando son *completos, incoercibles, dolorosos y en mujeres ancianas.*

La histerectomía no ha sido propuesta jamás por ningún autor, ni la propongo yo como un método de elección para los prolapsus genitales: pero sí es y será un buen recurso terapéutico que merece llamar más la atención de los Cirujanos modernos.

VI

INVERSION DEL UTERO.

La inversión uterina es, en la mayoría de las veces, una consecuencia del parto, aun cuando no es raro encontrarla en ciertos tumores voluminosos de la cavidad del útero.

Como excepcional se la ha señalado después del aborto.

El útero invertido puede ser arrastrado por la vagina hasta afuera de la vulva, y constituye entonces el *prolapsus con inversión.*

La inversión del útero se distingue en *aguda* y *crónica*, según

su ma ; y en *total* ó *parcial*, según las dimensiones del segmento ertido.

Algunas veces la inversión uterina es reductible y la reducción se sostiene por la contracción del tejido muscular del útero; pero es más frecuente que, aun cuando se realice con facilidad la reducción del tero, no se sostenga, y el fenómeno de la inversión se reproduzca.

Pasa aquí algo semejante á lo que se observa en ciertas formas de hernias ó prolapsus abdominales, que aun cuando se haga la introducc ón de la hernia, se reproduce ésta inmediatamente que las maniobras del taxis cesan. Se dice en estos casos, que la inversión *es in*

Hay otros casos en ı tativa de reducción ó taxis fracasa, y la inversió esar de todos los recursos sangrientos ó no ignan éstos con el nombre de *inversión con irreduc oluta*.

Las teorías emi ara explicar el mecanismo de la inversión ut tisfactorias. El reblandecimiento parcial d ampliación de la cavidad, de SCHULTZE; la pa taria, de ROKITANSKY; las teorías de la inercia u sión de arriba hacia abajo por la prensa abdomi agerado de ciertos tumores, etc., etc., adole tos vulnerables y son más ó menos hipotéticas.

El Profesor H. TREUB,[1] de Amsterdam, estudia la inversión uterina, á propósito de un caso reciente tratado con éxito por la histerectomía, y propone la explicación siguiente, casi tan difícil como la de sus predecesores:

Una placenta ó un tumor, están sólidamente adheridos á un punto de la cavidad uterina: la capa muscular subyacente, perturbada en su nutrición y en sus funciones, se paraliza. Una causa cualquiera deprime esta porción paralizada hacia el interior del útero, mientras el resto de las fibras musculares del órgano, que están indemnes, se contraen. Se produciría aquí un fenómeno análogo al del encasquillamiento de la placenta.

No solamente las fibras de la capa muscular paralizada no se contraen ó se contraen poco; sino que esta perturbación de la contractilidad irradía al rededor de la superficie de implantación del tumor ó de la placenta, y las contracciones orgánicas uterinas se hacen irregularmente.

1 BRIT, *Gyn. Journal*. 1897.

A medida que la acción enérgica de las fibras activas del útero se hace sentir sobre el segmento paralizado é incluído en la cavidad, la zona de parálisis radiante se amplía, hasta que á la larga todo el cuerpo del útero va invirtiéndose y paralizándose. En este momento, la contractilidad se detiene; pero todo el útero ha pasado ya al través del cuello. Si una presión de arriba á abajo se hace sentir sobre el anillo de inversión, el cuello cede y la inversión es total.

Esta inversión es reductible; pero si se presentan algunas circunstancias nuevas, cesa de serlo, y el útero invertido, ulcerado, doloroso y sangriento, se transforma en una especie de tumor imposible de soportar.

He aquí algunas otras causas de irreductibilidad:[1]

La contraccion uterina.—La matriz no tolera el menor contacto, sin contraerse, endurecerse, hacerse esferoidal y ofrecer invencible resistencia á las maniobras de reducción.

El espasmo del cuello.—El cuello fuertemente contraído, aprieta el pedículo de la inversión como lo haría un esfinter enérgico, é impide el paso á su través del cuerpo del útero.

Congestión pletórica del utero.—La contracción del cuello aplasta las venas y respeta las arterias duras y resistentes. La circulación de vuelta cesa y la llegada de la sangre continúa, produciendo la plenitud del aparato sanguíneo, la trasudación edematosa por los capilares, el aumento de volumen del útero y el reblandecimiento por maceración de los tejidos.

Transformación fibrosa del tejido uterino.—En los casos inveterados de inversión crónica, los elementos anatómicos musculares se transforman, se endurecen, se atrofian y degeneran las fibras del tejido conjuntivo. Esta degeneración es más acentuada en las cercanías del cuello, transformándose el anillo de inversión en una especie de argolla dura, resistente é infranqueable.

Transformación del infundibulum peritoneal.—El cuerpo del útero, al invertirse, forma una cavidad digital, revestida completamente de peritoneo, en sus paredes. La metritis concomitante, la esclerosis uterina ó cualquier otro fenómeno de irritabilidad celular, produce en este peritoneo una actividad endotelial inusitada, que termina por la formación de adherencias y de gruesas bridas en todo el interior del infundibulum peritoneal y por la fijeza á permanencia del órgano en su nueva posición.

1 Véase el notable estudio de Duret, en el *Journ. de Sciences Médicales* de Lille. 1898.

PERITONITIS EN EL INFUNDIBULUM.—Accidentes análogos á los anteriores; pero de mayor intensidad.

El diagnóstico de la inversión crónica puede presentar dificultades, confundiéndose con los fibromas sub-mucosos polipiformes.

Estudiando la Historia de la histerectomía, hemos visto cómo este error fué cometido varias veces, y cómo se amputaron matrices invertidas, tomándolas por tumores uterinos.

Lo probable es que hoy también se continúen cometiendo estos errores, aun cuando no consten en la Literatura de Cirugía, por causas que bien se dejan adivinar.

La necesidad de un examen riguroso en estos casos es invariable, y sucede en ocasiones, que ni los anamnésticos, ni la exploración directa aun bajo la anestesia, den resultados positivos.

POZZI debió recurrir una vez á la incisión del tumor, para reconocer una inversión uterina.

El Cirujano será muy cauto en su juicio y sumamente reservado en sus intervenciones, en todos estos casos.

La indicación primera en el tratamiento de una inversión uterina, es la reducción de ella.

Para realizarla con mejor éxito, debe procurarse intervenir lo más prematuramente posible.

Mientras con la mano izquierda se deprime el hipogastrio y se sujeta el útero invertido, con dos dedos de la mano derecha, introducidos por la vagina, se rechaza muy suavemente el fondo del útero, procurando que pase al través del anillo cervical.

La reducción manual debe intentarse siempre, aun cuando haya transcurrido algún tiempo desde el momento de la inversión y la época en que el ginecólogo la reconoce. Aun cuando con el carácter de excepcionales, existen observaciones de inversiones uterinas datando de varios años, que se han reducido por maniobras digitales.

Si la taxis digital fuera dificultosa ó no se pudiese realizar, habría esperanzas de obtener aún la curación, mediante el procedimiento de reducción lenta de POZZI. Este autor preconiza el taponamiento de la vagina con gasa iodoformada suavemente comprimida: bajo su influencia, el edema inflamatorio cede, la congestión uterina disminuye, y la reducción puede hacerse suave y lentamente,

PONUEG, Cirujano del Canadá, recurre á una maniobra que aun-

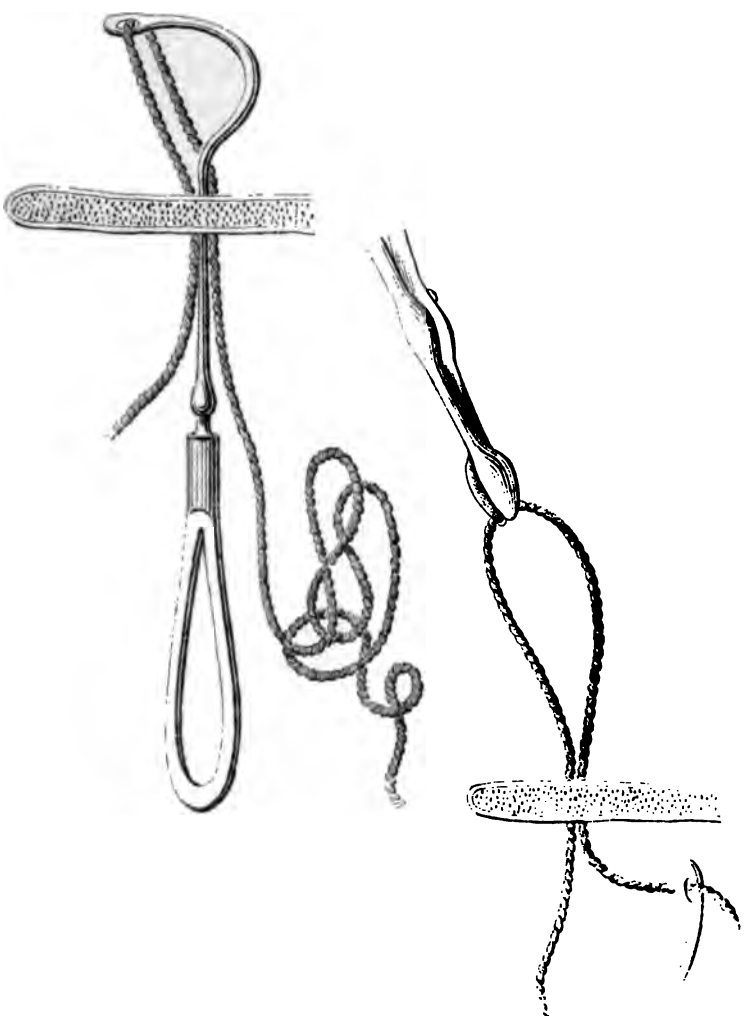


Fig. 50.—Ligadura en cadena por el procedimiento de Wallich. (Primero y segundo tiempo).

que muy ingeniosa y aparentemente sencilla, ha causado ya sus accidentes mortales. Pasa al través del cuello varios hilos elásticos que fija en el pabellón de un estetoscopio: la otra extremidad del estetoscopio la aplica sobre el fondo del útero invertido, ejerciendo así una presión continua que tiende á dirigirlo hacia arriba.

PONEY, de Montevideo, recomienda también la reducción por tracciones con hilos elásticos sobre el cuello uterino.

Las operaciones practicadas para reducir una inversión rebelde á todo otro tratamiento, consisten particularmente en incisiones del útero y en liberaciones del anillo constrictor cervical.

GAILLARD-THOMAS, intentó dilatar el infundibulum peritoneal, después de haber abierto el abdomen. Operó así dos enfermas y murió una. MALINS y SCHMALFUSS no pudieron realizar la reducción ni aun abriendo el vientre. En 1885, MUNDÉ no consiguió reducir una inversión uterina, aun cuando se esforzara en levantar el fondo del útero por medio de una seda fuerte que introdujo por la vagina al través del útero y fija en su extremidad inferior sobre un botón.

El procedimiento de OTTO KÜSTNER es muy conocido para que me detenga en él: es también infiel y peligroso.

F. A. KEHEER modificó el procedimiento clásico de KÜSTNER, haciendo la incisión sobre la cara anterior del útero, lo que á su entender facilita las maniobras; pero no es menos infiel el procedimiento y queda expuesto á hemorragias é inflamaciones graves.

DURET, el Cirujano de Lille, ha obtenido la curación en un caso que parecía desesperado ya, por un procedimiento suyo, nuevo, y según su autor, fácil en la técnica. El procedimiento consta de seis tiempos, á saber:

I. Incisión del fondo vaginal posterior.
II. Incisión mediana, vertical, posterior, de todo el útero.
III. Reducción de la inversión uterina.
IV. Reconstitución del cuerpo uterino hasta el istmo.
V. Reposición del útero, y
VI. Reconstitución del cuello uterino.

La sola mención de estos diversos tiempos, da idea de la operación y de la aptitud y buen juicio del autor de ella.

Todos estos procedimientos fracasan las más de las veces, y como dicen muy bien los ginecólogos franceses F. LABADIE-LA-

GRAVE y FELIX LEGUEU: "*L'hysterectomie totale est actuellment la métode de choix pour les inversions irréductibles.*"

Se podría recurrir á la incisión de KÜSTNER ó intentar el procedimiento de DURET, pero en cuanto sean inaplicables, solamente la histerectomía procurará seguridad de curación á la enferma.

Las excisiones uterinas parciales están juzgadas y desechadas: sólo queda como recurso verdaderamente seguro y racional, la histerectomía vaginal total.

En cuanto á las inversiones reductibles y reincidentes, deben buscar en la histeropexia abdominal su mejor método de curación.

VII

TUBERCULOSIS DEL ÚTERO.

La tuberculosis uterina es una afección sumamente rara. Se conocen algunos casos, aunque muy pocos, de tuberculosis completa útero-anexial primitiva; pero la lesión tuberculosa del útero, como iniciación del proceso infeccioso, es una verdadera rareza patológica.

Más común es la invasión secundaria del útero, por los bacilus.

Se han descrito tres formas principales:

I. *La forma miliar aguda*, localización en el útero, como en los demás órganos de la economía, de la infección tuberculosa general.

II. *La forma intersticial*, manifestación sorda, lenta, de la infiltración tuberculosa en el tejido propio de la matriz y cuyos signos vagos ó nulos, la hacen casi imposible de descubrir.

III. *La forma ulcerosa*, es la más frecuente é importante de todas. Sus lesiones primeras no se diferencían de las de la endometritis; más tarde los tubérculos aparecen, y al reblandecerse forman ulceraciones de contornos irregulares, de bordes gruesos y claros, de forma lenticular al principio; pero que á medida que el proceso avanza, se unen unas á otras y constituyen pérdidas extensas é irregulares.

He aquí la descripción que hace CORNIL, de un corte microscópico de tuberculosis uterina.[1]

1 Citado por Pozzi.—Ginecología, pág. 905.

"Las secciones perpendiculares á la superficie de la mucosa del cuerpo, previo endurecimiento en el alcohol, no han mostrado ningún vestigio de su estructura normal, ni epitelium, ni glándulas, ni vasos sanguíneos reconocibles. Toda la parte caseosa de la superficie presentaba al microscopio una capa homogenea formada por pequeñas celdillas muertas, vitrosas, no colorándose más, y cuyos núcleos sólo tomaban una ligera coloración rosa con el picro-carmín. Las celdillas estaban separadas por fibrillas finas entrelazadas en todas direcciones.

"Abajo de esta zona muerta había otra que poseía pequeñas celdillas vivas, entre las cuales encontrábanse celdillas gigantes diseminadas.

"Luego venían los planos musculares: aquí veíanse algunos folículos tuberculosos.

"En los cortes, interesando toda la pared, comprendido el peritoneo, había: Hacia dentro de la infiltración caseosa, reemplazando la mucosa, algunos folículos invadiendo la pared y granulaciones subperitoneales.

"Vanamente he buscado los bacilos de la tuberculosis, dice CORNIL, en una decena de cortes practicados en esta mucosa degenerada."

SÍNTOMAS.

Los del principio corresponden á la endometritis concomitante, dolores hipogástricos con irradiaciones vagas á los muslos, á la cintura, etc. Hipersecreción glandular, manifiesta por escurrimientos transparentes, mucosos, y muco-purulentos, etc., etc. Luego el flujo se hace francamente purulento, caseoso, fétido.

Las ulceraciones del cuello comienzan á tomar su carácter particular y la raspa exploradora del endometrio obtiene masas caseosas, que hacen despertar sospechas sobre su naturaleza.

El examen microscópico de ellas no da ningún indicio cierto sobre su naturaleza; sin embargo, al decir de PAUL PETIT, sería casi cierta la tuberculosis uterina, si en estas masas se reconocen celdillas intersticiales muertas ó atrofiadas, celdillas gigantes en mayor ó en menor cantidad, nódulos embrionarios formados en los contornos de los vasos, y glándulas numerosas dilatadas y con sus elementos epiteliales muy desarrollados.

Puede practicarse también la inoculación en conejos, tanto en el peritoneo, como en la cámara anterior del ojo.

Pero de un modo general, este diagnóstico es muy difícil, y sólo presenta cierta facilidad cuando á las lesiones uterinas se acompañan manifestaciones tuberculosas en otros órganos, intestinos, laringe, y muy particularmente pulmones, etc.

TRATAMIENTO.

Muchos elogios se hacen de la creosota en aplicaciones directas sobre la matriz; se ha dado la raspa como método paliativo; pero todo es infructuoso, y la necesidad de la histerectomía se impone siempre que no haya alguna contradicción. Como quiera que el diagnóstico es en la mayor parte de las veces dudoso, estas intervenciones rara vez son oportunas.

VIII

HEMATOCELE EXTRA-PERITONEAL.

Se designa bajo el nombre de hematocele extra-peritoneal y también con los de *hematoma extra-peritoneal, trombus de los ligamentos anchos y pseudo-hematocele,* el derrame sanguíneo en el tejido conjuntivo de la pequeña pelvis.

Negada por algunos autores fuera del estado puerperal, donde los trombus de la vagina y de la vulva también pueden producirse, esta lesión está definitivamente admitida hoy.

ETIOLOGÍA.

El hematocele se puede producir bajo la influencia de la preñez que, como se sabe, da lugar á una dilatación considerable de todo el sistema venoso de la pelvis, y en particular, á la del plexus útero-ovárico. Pero el varicocele útero-ovárico puede existir en la mujer, y dar lugar á una ruptura sub-serosa, aun fuera de la preñez, por desgarradura ó ulceración de venas que contienen flebolitos. Se observa generalmente bajo la influencia de fatigas ó de excesos genésicos, durante el período menstrual, y con más frecuencia en las multíparas, cuyos vasos venosos están más dilatados, que en las mujeres que jamás han tenido hijos.

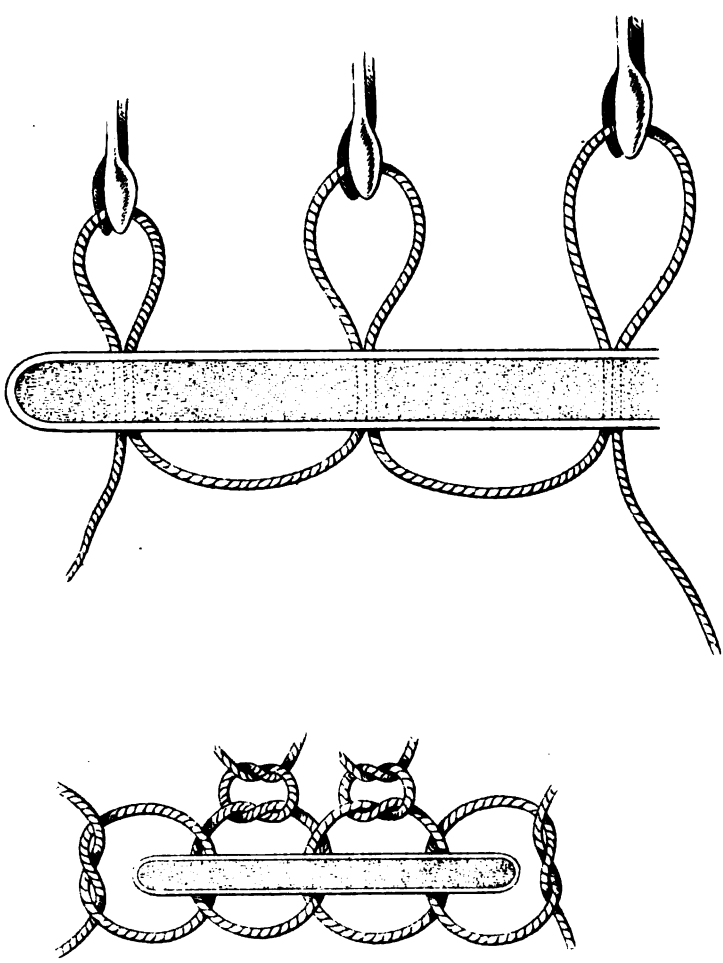


Fig. 51.—Segundo y tercer tiempo de la ligadura en cadena, por el procedimiento de Wallich.

Según Byrne, los trombus del ligamento ancho serían mucho más frcuentes de lo que se piensa, y con frecuencia darían lugar á abscesos pélvicos ó á flegmones.

Skene Keith ha observado la aparición de un hematocele extra-peritoneal efímero después de las salpingotomías, á consecuencia de un ictus congestivo en el momento que corresponde al primer período menstrual.

Beigel cree que el hematocele extra-peritoneal constituye una parte considerable de los casos que se comprenden en la forma ordinaria.

ANATOMÍA PATOLÓGICA.

La sangre puede formar un tumor circunscrito entre las dos hojillas del ligamento ancho. Como no constituyen una cavidad cerrada, sino que comunican con el tejido celular pélvico, el derrame sanguíneo, si es muy abundante, desborda sus límites y se dirige entonces hacia los lados de la vagina y del recto.

El tumor es pequeño por lo común y su volumen varía desde el de un puño hasta el de la cabeza de un adulto. Es francamente lateral, y si existe en los dos lados, siempre uno es incomparablemente mayor que el otro. Además, los dos focos pueden llegar á reunirse. A veces la colección se sitúa hacia adelante del útero.

A. Martin, quien ha tenido ocasión de estudiar la anatomía patológica de esta lesión en varias operaciones, siempre ha encontrado una bolsa de superficie desigual, sembrada de prolongamientos profundos en el tejido celular, atravesados por bridas conjuntivas y vasos rotos.

El contenido está formado por sangre y coágulos más ó menos alterados; á veces está mezclado con pus, y puede por una desgarradura del ligamento ancho, comunicar con un derrame intra-peritoneal.

SÍNTOMAS.

El accidente sobreviene en mujeres que, al parecer, se encuentran en muy buenas condiciones. Un dolor agudo en el vientre bajo, con tendencia al síncope, marca su principio. Sucesivamente pueden observarse diversos accesos.

Al mismo tiempo que el hinchamiento y la sensibilidad del ab-

domen, esentan síntomas de una anemia intensa y perturbacione idas á la compresión de la vejiga y del recto. Al tacto y á la palpación bimanual se siente que el tumor está situado en el ligamento ancho y no en el fondo de saco de DOUGLAS. Es blando y pastoso; el útero se encuentra sobre su lado interno, está colocado más ó menos hacia atrás; pero se le puede circunscribir por todas partes.

En cuanto á los demás síntomas y marcha de la enfermedad, se confunden con el cuadro clínico del hematocele intra-peritoneal.

Tal vez á estos de hematoceles extra-peritoneales hay que referir un fenómeno muy excepcional: *la coloración equimótica de la vagina.*

Se ha visto también, aun ras veces, la equímosis de la pared abdominal.

El diagnóstico diferencial matocele intra-peritoneal, no siempre puede hacerse l hay que basarse, sobre todo, en la etiología, situació mente lateral y conexiones del tumor.

o.

La espectación es, aun ac la común.

Si la gravedad de los acci pone una intervención, casi no podría pensarse en la vía vaginal, por temor de herir los gruesos vasos ó el uréter.

La *laparotomía sub-peritoneal* parece ser el procedimiento de elección. MARTIN recomienda *la laparotomía transperitoneal*, la limpia del foco y la sutura de la bolsa sobre un tubo en cruz, que salga por la vagina. Él ha obtenido por este procedimiento, nueve éxitos en diez operaciones.

En algunos casos podrá dar buenos resultados la *histerectomía vaginal.*

IX

QUISTES OVÁRICOS Y WOLFIANOS.

PEAN sistematizó la histerectomía vaginal en las supuraciones de la pelvis, y SEGOND, el vulgarizador más caracterizado de la *operación de Pean*, la hizo extensiva á todas las lesiones anexiales bilaterales. Los neoplasmas, como las infla maciones, noes-

caparon á esta regla, y el campo de la histerectomía se amplió aun más.

Los quistes ováricos y para-ováricos, comenzaron á ser atacados por la vagina, y SEGOND logró reunir siete casos personales, de notable interés.

Fuera de duda está, que la evacuación y extirpación de los quistes ováricos por la vagina, es una operación que requiere destreza y que hace distinguido al Cirujano que la realiza, ahorrando á la enferma la cicatriz abdominal y sus consecuencias; pero sacrifica el útero sano en la mayor parte de los casos.

Ahora bien, este sacrificio no puede hacerse sin discusión. Ciertamente que el útero sano, cuando pierde los dos anexos, queda transformado en un órgano inútil; pero no creo que el Cirujano esté autorizadop ara suprimir órganos por el sólo hecho de su inutilidad, sino cuando esta supresión ocasione reales y positivas ventajas.

¿En este caso, cuáles son las ventajas? ¿La supresión de la cicatriz abdominal? Esta cicatriz, cuando la reunión ha sido correcta, no ofrece absolutamente más inconveniente, que un pequeño defecto de estética.

Además, los quistes ováricos ó para-ováricos no implican forzosamente la bilateralidad de las lesiones ooforo-salpingeas, y frecuentemente vemos mujeres operadas de quistes anexiales, hacerse grávidas posteriormente y parir niños perfectamente bien desarrollados.

La histerectomía vaginal, como primer tiempo de la ovariotomía por quistes, no resiste tampoco á este argumento: las bolsas están por lo común adheridas al peritoneo parietal, al gran epiplóon, á la serosa intestinal y á órganos que como el uréter y los vasos iliacos ó abdominales, hacen su ruptura extraordinariamente peligrosa para la vida de la operada; estas adherencias, difíciles de destruir por la vía abdominal, amplia y bien alumbrada, ¿serían más fácilmente atacadas por la vía vaginal, estrecha y profunda? ¿En caso de un accidente operatorio, el Cirujano podrá remediarlo violentamente por la vagina, ó tendría que recurrir urgentemente—como me ha sucedido alguna vez—á la incisión del abdomen? ¿Puede el Cirujano prever la existencia de estas dificultades, antes de elegir su camino operatorio? Indudablemente no.

Sin embargo, BOUILLY, RICHELOT y SEGOND, no han vacilado en recurrir en multitud de ocasiones á este medio, que no parece hacer fortuna en la terapéutica de los quistes del ovario.

De c manera importante es la histerectomía, en ciertos casos de tes para-ováricos muy adherentes entre las hojas de los l s anchos.

En rcunstancias la amputación abdominal del útero presta randes servicios, facilitando la extracción y la disección e, á la vez que asegura una buena canalización de la pelvis y una vía amplia y cómoda para obrar sobre la cavidad que la disección del quiste ocasiona.

Las dos o ervaciones siguientes permiten comprender bien estas ventajas.

"María M. . . . O. . . , ral de Andalucía, con cinco años de anteceden nta un gran tumor abdominal, que clasifica mi buen a hábil Cirujano Dr. DANIEL VÉLEZ, *quiste del ovario izq*

"Por indicación suya y na, y encuentro un enorme quiste del lado izqui evoluciona hacia el abdomen, sino que obstr . Me parece percibir otro quiste pequeño, en los xos do derecho. El útero está grueso, rojizo, y deja escurrir r urulento.

"Planteo el diagnóstico de *para-ováricos bilaterales.*

"El día 10 de Noviembre de ago la laparotomía. Desde que abrí el vientre percil lanca, con ligeros matices azulados y de paredes suman esas. La punción de ella, da unos cuatro litros de líquido claro, límpido, ligeramente amarillento. La bolsa se afloja; pero no cede á las tracciones. En su cara anterior reconozco la trompa enormemente dilatada y con una longitud de *veinticuatro centímetros.*

"Hacia su cara superior ofrece una adherencia, como de doce centímetros de extensión, con el colon: la disección es muy laboriosa, el intestino sangra mucho; pero al fin desprendo el quiste y hago la hemostasis por compresión.

"La cara anterior de la bolsa está casi cubierta por el gran epiplóon, que le da gruesas venas y multitud de arteriolas; divido el epiplóon, ligándolo en cadena.

"La cara inferior de la bolsa se pierde entre las hojas anterior y posterior del ligamento ancho izquierdo. El ligamento ancho derecho está enteramente lleno por otro quiste wolfiano: la trompa derecha mide *doce centímetros*, el ovario derecho crecido, está cribado de hemato-quistes. El útero en retro-flexión y fijo por los quistes bilaterales.

"Comienzo por desprender la vejiga de la cara anterior del úte-

CLINICA QUIRURGICA.

(La Histerectomia.)

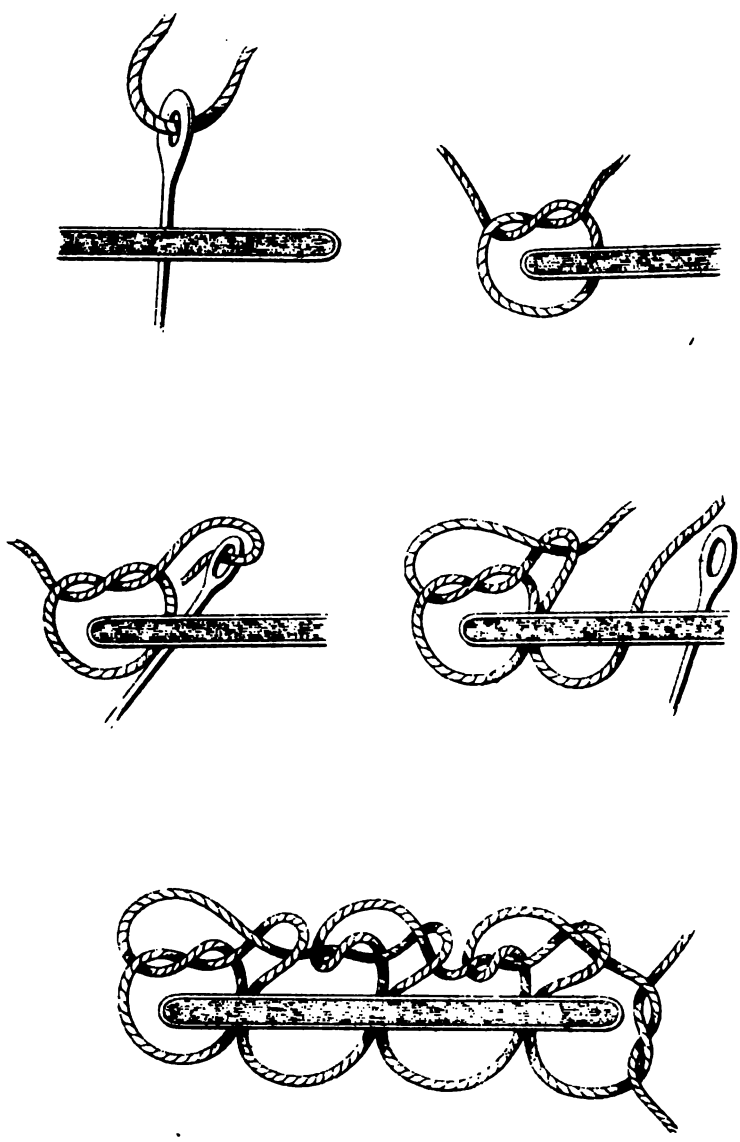


Fig. 52.—Ligadura en cadena, por el procedimiento de Suárez Gamboa.

Lit del Timbre. Dr. Suarez Gamboa

ro, abro el fondo vaginal anterior, ligo las arterias uterinas y liberto completamente el cuello de sus inserciones vaginales. Dos golpes de tijeras seccionan las conexiones laterales derechas del útero: la bolsa del quiste derecho se deja enuclear y sale fácilmente de su cavidad intraligamentosa, con la trompa y el ovario derechos.

Queda el gran quiste izquierdo, con el útero íntimamente adherido. Comienzo á desprender la bolsa, por la base del ligamento ancho, diseco el uréter izquierdo en una extensión como de cuatro centímetros, corto adelante y atrás las hojas respectivas del ligamento ancho, diseco dos ó tres puntos adherentes en la cara anterior del recto y extraigo la bolsa intacta.

La hemorragia ha sido intensa: hemostasis rápida, sutura de los restos de los ligamentos anchos en ambos lados; la vagina queda abierta, con una tira de gasa yodoformada suavemente colocada en su cavidad y cierro el vientre por mi método de sutura mixta.

La operación se debió suspender dos ó tres veces, por accidentes graves de la anestesia; sin embargo, duró solamente *setenta minutos.*

Inyección de mil quinientos gramos de suero artificial.

Las consecuencias operatorias fueron insignificantes. Al tercer día subió la temperatura; se inflamó y supuró una inyección hipodérmica, que fué necesario abrir con el bisturí.

Por lo demás, la evolución post-operatoria fué extremadamente feliz, y la Sra. María N. . . . O. . . . , se encuentra en la actualidad, perfecta y completamente curada.

En esta operación me acompañaron solamente mis amigos Dr. NUMA TORREA, Dr. CALIXTO VARGAS y mi practicante ANTONIO VALDÉS ROJAS.

Irene D. . . . ., natural de México, casada, con tres hijos, partos buenos y sin anamnéstico puerperal; 27 años de edad, y estéril desde su último parto que data de cuatro años.

Enferma de la clínica particular de mi amigo el sabio y joven partero Dr. FRANCISCO DE P. CARRAL; la veo en junta con él durante el mes de Agosto de 1897, y establecemos el diagnóstico de *retro-flexión uterina* con *retro-versión, metritis parenquimatosa* y *quiste para-ovárico derecho.*

La operamos durante los primeros días de Septiembre, y hacemos la histerectomía abdominal previa y la enucleación del quiste intra-ligamentoso.

Las consecuencias operatorias fueron insignificantes, y salvo accidentes ligeros de menopausa, Irene D. . . . curó radicalmente de sus padecimientos.

Estas dos histerectomías abdominales, con dos curaciones, son casos tipos del comportamiento del Cirujano en los casos de quistes para-ováricos enclavados en los ligamentos.

Desde luego, la superioridad de la vía abdominal sobre la vaginal es indiscutible. La amplia abertura del vientre permite reconocer minuciosamente el estado del útero, de los anexos y del peritoneo pélvico, colocando al operador en condiciones de criterio que le perm[illegible] mutilación inútil á la operada ó definir una i[illegible] podría resultar incompleta é infructuosa.

La extirpación [illegible] inflamado ó fuertemente desviado, es una ne[illegible] taria en las intervenciones anexiales bilat[illegible] del útero en los grandes quistes wolfianos, con[illegible] un gran recurso en la técnica operatoria [illegible] no peligroso de salvar á la paciente de los [illegible] de la marsupialización y de las resecciones in[illegible]

Pero la histerec[illegible] gas y sin fundamento clínico seguro, es una ope[illegible] ebe rechazar, aun cuando la patrocinen Cirujanos com[illegible] y BOUILLY.

X

QUISTES DERMOIDES.

No tengo en mi práctica quirúrgica ninguna observación de histerectomía por quiste dermoide del ovario; pero podría decirse á propósito de estos, lo mismo que de los quistes mucosos ó wolfianos.

La *preñez extra-uterina*, que en el rigorismo clínico de su naturaleza ofrece cierta analogía con los quistes dermoides—*fetomas*—merece las mismas consideraciones.

La característica de estas lesiones, es su unilateralidad. La vía abdominal es la más cómoda y amplia para su exploración. En la mayoría de los casos, la intervención será sobre uno sólo de los anexos, y sólo podrá acudirse á la resección total del útero,

cuando la infección genital haya invadido todo el aparato útero-anexial, ó cuando el cuerpo del útero, al desprenderse, forme una brecha útil á las maniobras del Cirujano, y no cause perjuicio grave á la operada.

XI

RETRO FLEXION UTERINA.

MAZZONI en 1881, parece haber sido el primero que realizar la resección del útero por accidentes de retro-flexión.[1] En 1886, RICHELOT publica sus primeras histerectomías vaginales por retro-flexión, y en 1894 alcanza su estadística la vigésima cuarta observación.[2]

En 1888, BOUILLY publica una serie de casos análogos, y en 1895, QUÉNU cuenta con una rica colección de amputaciones del útero por retro-flexiones complicadas de lesiones anexiales.[3]

Finalmente, PEAN, MANGIN, REYNIER, PICHEVIN, y muy particularmente POZZI, hacen de actualidad la histerectomía vaginal, como recurso supremo contra las retro-desviaciones uterinas complicadas.

He aquí algunas palabras de POZZI, el joven y sabio ginecólogo francés.[4]

"Il est des cas oú le meilleur traitement d'une rétro-déviation est l'hysterectomie vaginale, ce sont ceux ou il s'agit de lésions anciennes et bilatérales des annexes, compliquées de métrite chronique avec hypertrophie de l'uterus. En effet, en pareil cas, l'extirpation des annexes par l'abdomen, aprés destruction des adhérences laisse l'uterus lourd et volumineux se renverser de nouveau dans le cul-de-sac de Douglas. Assurément on pourrait alors, aprés castration, faire l'hysteropexie abdominale complémentaire dans la même séance, puis plus tard amener la guérison et l'involution de l'uterus par le curettage et l'amputation du col, enfin refaire un périnée s'il était insuffisant et placer un pessaire. Mais cette practique est beaucoup plus compliquée, plus longue et sensiblement aussi grave que l'hysterectomie vaginale.

On est donc autorisé a y avoir recours dans des cas exceptionnels."

1 MAZZONI: Italia Médica, 1881.
2 RICHELOT: De l'hysterectomie vaginale. 1894.
3 LONGUET: Bulletin Général de Thérapeutique. 1898.
4 POZZI: Congrés international de Ginecologie de Génève. 1896.

En estas palabras, Pozzi deja claramente delineadas algunas indicaciones de la histerectomía por retro–desviaciones. ¿Pero esto quiere decir que la exéresis uterina total, no tenga más indicación, en las retro–flexiones y retro–versiones, que la irreductibilidad y la *bilateralidad* de las lesiones anexiales? De ninguna manera.

En las retro–desviaciones, como en todas las afecciones patológicas en las que el sistema nervioso imprime su característica de variabilidad, hay diversidad infinita de formas clínicas que corresponden á diversos modos terapéuticos.

Desde la retro–desviación latente, desconocida, asintomática, hasta la retro–desviación neurálgica, horriblemente dolorosa y precursora del suicidio, hay una escala de grados tan extensa, que el clínico no podría asentar reglas precisas de indicaciones operatorias, sin exponerse á cometer errores.

Pero desde luego se pueden separar del grupo de las operables, todas las retro–desviaciones sencillas, fácilmente reductibles y no dolorosas. Los *pesarios*, la *columnización de la vagina*, la *kinesiterapia*, la *electricidad*, ó más sencillamente aún, la *reposición espontánea áerea* de *Courty* y de los Ginecólogos Norte–Americanos, bastan para sostener un estado constante de eufo-ria, que mucho se parece á una curación.

Del grupo mismo de las operables se aislan aquellas retro–desviaciones en las que se cuenta aún con cierto grado de tonicidad por parte de los ligamentos uterinos, con una buena tensión de las paredes abdominales, con la vagina resistente y bien musculada, ó con el útero y los anexos sanos ó poco lesionados.

En este grupo se hallan grandes ventajas recurriendo á las operaciones de Polk y de Kochs, sobre los ligamentos anchos; á las de Kelly y Frommel, sobre los ligamentos útero–sacros; á las de Wylie, Dudley, Alquié, Alexander y Adams, sobre los ligamentos redondos, ó á las histeropexias de Terrier, Pozzi y Legueu,[1] y á las vagino–fijaciones de Amussat, Dührssen, Mackenrodt, Le Dentu y Pichevin. Podría ensayarse, y supongo que el éxito sería completo cuando el útero y los anexos estuviesen sanos, la *resección cuneiforme* de una parte de la cara anterior del utero, por analogía con la *Operación de Doyen*, para las ante–flexiones.

1 Yo tengo un procedimiento cómodo, rápido y absolutamente seguro, para la histeropexia abdominal, que publicaré con su estadística, ya notable, en su oportunidad. La primera vez que lo realicé, fué en una enferma de la Clínica de mis amigos Ojeda, Garcia y Macias, en Veracruz.

CLINICA QUIRURGICA.

(La Histerectomia.)

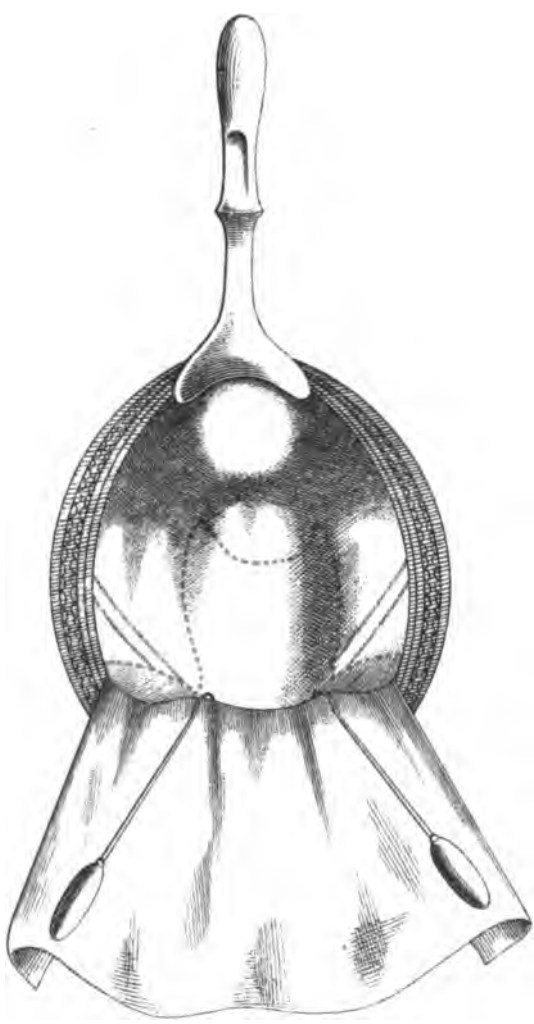


Fig. 53.—Método Suárez Gamboa. Trazado de las incisiones peritoneales, en la cara anterior del útero.

Lit. del Timbre.

Dr. Suarez Gamboa

Quedan ya separados los casos de retro-desviaciones con inutilidad de los aparatos suspensor y fijador del útero y con lesiones intensas de sépsis útero-ooforo-salpingea.

En estos últimos, los accidentes de la ooforo-metro-salpingitis, dominan sobre las perturbaciones dinámicas del útero, y rigen toda la terapéutica. Ya aquí comienza á acentuarse la necesidad de la histerectomía.

Pero en aquellas mujeres de vientre flojo, de vagina amplia, de perineo inútil; en las que comienzan á entrever la proximidad de la menopausa, ó en aquellas que necesitan de su trabajo físico, rudo y constante, para ganar el sustento de ellas y sus familias, y que una retro-desviación incorregible y dolorosa las priva de los recursos de su trabajo, la histerectomía está absoluta é indiscutiblemente indicada.

La gravedad de la operación es aproximadamente igual á la de la histeropexia, y los resultados son incomparablemente superiores. En 80 casos que he logrado reunir en la literatura de Ginecología, no he hallado uno solo mortal.

Sin embargo, la histerectomía es y será en el tratamiento de las retro-desviaciones, un recurso excepcional felizmente, de indicaciones muy limitadas.

XII

NEURALGIAS PELVICAS.

Una neuralgía no corresponde á los Cirujanos, sino cuando se han agotado contra ella los medicamentos, no los comunes, ni los de moda, ni los del capricho del enfermo ó de sus amigos, ni los que se anuncian en la cuarta plana de los grandes periódicos, sino los que llenen precisa y exactamente las indicaciones verdaderas de la neuralgía.

La indicación causal suele, sin embargo, ser inapreciable aun después de varios y prolongados estudios en la cabecera de los enfermos, y entonces queda la medicación sintomática, que aunque recurso meramente paliativo, puede en ciertas circunstancias prestar servicios inesperados.

Pero cuando el tratamiento médico, racional y constante, ha fracasado; cuando la rebeldía del dolor desafía todos nuestros elementos farmacológicos, queda el recurso de las intervenciones sangrientas sobre los nervios afectados. La gran neuralgía ciá-

tica, las neuralgías cubital, radial, intercostal, y muy particularmente la del trijémino, han obtenido notables mejorías por los métodos de elongación, sección y resección nerviosas, tan en voga en nuestra Cirugía moderna. Las operaciones de QUÉNU, de PENCOAST, de KRONLEIN, de KRAUSE y de ROSE, son demasiado conocidas para que me ocupe de ellas.

Desgraciadamente el conductor neurálgico no siempre se declara ni queda al alcance de nuestro instrumental quirúrgico y las visceralgías nos permiten convencernos todos los días de la pequeñez de nuestros esfuerzos curativos.

Entre estas visceralgías descuella un grupo de suma importancia, extremadamente rebelde á t[oda] terapéutica y envuelto siempre en el más desesperante de l[os] sterios.

Me refiero á las neuralgías p[élvicas], inclusive la histeralgía.

Algunos autores separan l[a] ralgía del grupo vago denominado neuralgías pélvicas; pero [la] etiología, síntomas y tratamiento de las dos afecciones n[o] utorizan á considerarlas como padecimientos de un mismo [gr]upo.

¿Qué es la neuralgía pélvica? [He] aquí la más peligrosa de las preguntas. RICHELOT la define así: *es un conjunto de fenómenos dolorosos, graves, permanentes y rebeldes, que se encuentran en el útero ó los ovarios, en ciertos estados neuropáticos.*

Esta definición, como se ve, no [dice] mucho; pero conformémonos con ella, puesto que ni la clínica, ni la anatomía patológica, nos dicen más sobre la naturaleza de tan terrible padecimiento.

En las discusiones de RECLUS, QUÉNU, TERRIER, L. CHAMPIGNONNIERE y VERNEUIL, habidas últimamente en la sociedad de Cirugía francesa, con motivo de algunos estudios de RICHELOT, todos estos autores se manifiestan muy reservados y no llegan á ninguna conclusión verdaderamente especulativa.

Para el estudio de las grandes neuralgías pélvicas, hay que comenzar por separar de ellas los dolores neurálgicos, más ó menos intensos que acompañan á las inflamaciones uterinas y anexiales. Las metritis de todo género, las ooforo-salpingitis, y particularmente las ovaritis quísticas, en las mujeres neurópatas, pueden revestirse de un aspecto tal que adquieran la fisonomía y el cuadro común á la verdadera neuralgía pélvica *sine materia*.

La ausencia de lesión causal, la diversidad de formas clínicas y la resistencia absoluta á toda terapéutica, son las características de las verdaderas neuralgías pélvicas. Como se ve, no pueden constituir una entidad morbosa definible.

La enferma cuya historia tengo el honor de presentar aquí, me va á permitir bosquejar la etiología, los síntomas, el pronóstico y el tratamiento y anatomía patológica, de la importante neuropatía que me ocupa.

"La Señorita Cecilia X. . . . , natural de Guadalajara, de 23 años de edad, soltera, virgen, sin antecedentes hereditarios tangibles, lleva dos años de sufrir crueles torturas.

"Un día sufre una caída de un caballo, durante un paseo, cayendo sentada; y sin resentir durante los ocho ó diez primeros días después del accidente, ninguna molestia, nota después que dolores vagos, como rápidos relámpagos, recorren inesperadamente su vientre. Sus menstruaciones han sido siempre buenas, nunca ha padecido escurrimientos vaginales y sus digestiones han sido también excelentes: nada varía con los nuevos fenómenos, pura y sencillamente de orden doloroso.

"Estos episodios rápidos de neuralgía abdominal, van acentuándose; revisten el carácter de crisis más y más prolongadas y terminan en un estado permanente de dolores pélvicos con exacerbaciones repentinas.

"La señorita X. . . . no abandona ya el lecho: en posición dorsal constante, no tolera ni el peso de sus ropas en el vientre; no come, casi no duerme, se enflaquece rápidamente y pronto llega á un avanzado grado de consunción.

Así se halla cuando en unión de mi compañero el Dr. NUMA TORREA, la veo por primera vez.

La Srita. Cecilia es de esmerada educación, se expresa con extraordinaria facilidad, sus ideas son claras; su imaginación vigorosa imprime en todas sus manifestaciones un sabor marcado de neurosismo, y la prolongación de sus sufrimientos hace percibir en su profundo desaliento, la germinación de tendencias al suicidio. Un neurologista la habría clasificado *degenerada superior*.

La exploración de su estado general es difícil; sin embargo, puede apercibirme de que sus órganos principales estaban sanos y de que salvo su estado anémico y consuntivo, nada ofrecía de accidentes realmente morbosos.

El estudio del vientre es casi imposible. Ante la sola idea de sufrir un contacto en sus paredes abdominales, se horroriza; la aproximación mía á su cama le imprime en su cara la expresión del más vivo terror; sus ojos se abren contraídos de pánico, su boca se crispa, extiende convulsos sus macilentos brazos, gime

ó grita con desesperación y por su pálido y demacrado rostr
escurre el sudor en abundancia. La familia de ella, desmoraliza
da y llena de congoja, se opone á un reconocimiento forzado

En una de estas tentativas, sobreviene el gran acceso neurá
gico, que tuve la triste fortuna de estudiar. Las paredes del vie
tre se contraen tetánicamente; los músculos rectos se destaca
con vigor. La enferma se dobla sobre sí misma, se comprime
hipogastrio, tiembla con todos sus músculos, grita lastimer
mente y sus convulsos movimientos sacuden violentamente la
cortinas y columnas de su cama. Luego el dolor redobla, la e
ferma se retuerce entre sus sábanas, muerde las almohadas ah
gando sus sollozos, se arranca á puñados el cabello y termin
con un ataque casi franco de histeria, durante el cual grita, ca
ta, se ríe, solloza, rompe con las uñas su camisa, forcejea y
debate entre las manos de los que pretenden sujetarla, y qued
rendida, medio muerta, tirada en su cama, respirando penos
mente, completamente privada de sentido, mientras ligeros e
tremecimientos sacuden periódicamente su cuerpo sudoroso
frío.

Poco á poco el acceso se calma, el dolor amengua, la vida vue
ve lentamente, y después de un rato más ó menos largo de lige
ro delirio, la infeliz niña parece dormir, abrumada por su fatig
y aniquilada con su martirio.

Estas escenas se repiten con frecuencia y la vida de la pacien
te ha llegado á ser una perpetua desesperación.

Se comprende que el desfile de médicos por su recámara y l
avalancha de drogas por su estómago, ha sido constante.

Propongo el reconocimiento clínico bajo cloroformo, que e
aceptado.

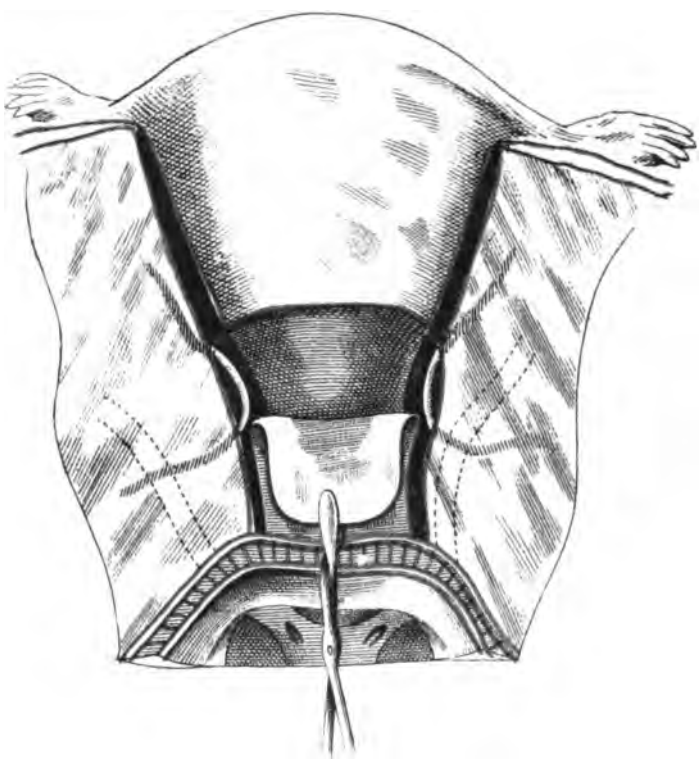
La membrana himen es bilabiada, y permite el paso franco d
mi dedo: el cuello uterino está engruesado, el útero algo crecid
está en ligera retro-versión, y creo percibir un ligero endurec
miento del ovario izquierdo. El resto de los órganos pélvicos
sanos.

¿Qué significa esta exigüedad patológica? ¿Por qué tan tr
menda sintomatología en tan pequeña patogenia? ¿Hay ot
origen en este proceso doloroso, que no percibo?

Inútilmente busco y vuelvo á buscar una causa pequeña, u
desequilibrio funcional en otros órganos, no encuentro nada. E
sistema nervioso, salvo sus manifestaciones hiperalgésicas, que
da callado á mis investigaciones; el aparato digestivo no ofrec
trastornos serios; el sistema nefro-cístico parece sano; toda la

CLINICA QUIRURGICA.

(La Histerectomia.)



Método Suárez Gamboa.

Fig. núm. 54.—Disección del colgajo peritoneal sobre la cara anterior del útero, llevada hasta destruír las conexiones útero-vesicales.

Lit. del Timbre.

Dr. Suarez Gamboa

patogenesia está circunscrita á un ligero engruesamiento del cuello, á una pequeña retroversión y á una lesión discutible del ovario izquierdo. ¿Qué es entonces lo que tiene esta enferma? La gran neuralgía pélvica.

La desproporción entre la causa y los efectos, acusa desde luego aquí la influencia del neurosismo; los accesos histeriformes, las perturbaciones psíquicas, la rebeldía á toda medicación, parecen traicionar la existencia de una neurosis, de la histeria clásica.

¿Pero la localización constante é invariable de los dolores, es causa ó efecto de la neurosis? ¿La pequeña lesión útero-anexial ha producido la neuralgía histérica, ó la histeria causa ese dolor tremendo, por sí sola é independientemente de la lesión? Graves cuestiones que debía resolver y que no hacían sino embrollar mis meditaciones.

Si las lesiones de metritis y ovaritis eran las responsables de los accidentes neurálgicos, suprimidas estas, traerían desde luego la curación; pero si por sí mismas no eran la causa, mi operación sería inútil, y la neuralgía persistirá á pesar de mi intervención.

El caso de la institutriz de QUÉNU y de TERRIER, estaba constantemente ante mis ojos.

Quizás si hubiese yo sabido utilizar el hipnotismo, habría recurrido á él como medio de diagnóstico; pero esta enferma la veía en una población lejana de México, y no podía recurrir á las notables dotes del psicólogo mexicano Dr. GUILLERMO PARRA, ni poseía yo cualidades é instrucción de hipnotizador; ni, por otra parte, me inspira mucha fe la psicoterapia.

Todas estas vacilaciones, todas mis dudas influían perniciosamente en el tratamiento. ¿Qué debía hacer en estas circunstancias? Difícil cuestión.

Recurrir á los narcóticos, á los estupefiantes, á los métodos paliativos, era volver á recorrer la senda tan inútilmente explorada por mis antecesores.

La hidroterapia era un recurso imposible en circunstancias tan urgentes. ¿La electricidad podría servirme? ¿Encontraría ventajas en la faradización intra-uterina bipolar, que preconiza APOSTOLI? ¿Debía emplear de preferencia las corrientes descendentes, las corrientes alternadas de alta frecuencia, ó la corriente sinusoïdal? ¿La electricidad estática es en realidad tan útil para el dolor, como se dice de ella?

La electroterapia es un gran recurso en la Ginecología; pero es un recurso peligroso en el sentido de que suele exacerbar los pa-

decimientos cuando no alivia, y para que alivie necesita ser utilizada por manos muy ejercitadas en su empleo, y por operadores muy instruidos en electricidad médica. Resolví en vista de esto, prescindir de ella.

Esperar la curación espontánea de la neuralgía, como VERNEUIL ha observado un caso, limitándome al cuidado del estado general, era exponer á esa niña á la perpetuación de su martirio y á la desesperación moral por su incurabilidad.

Resolví, pués, intervenir quirúrgicamente. No obstante que los autores de ultramar tienden á declarar la inutilidad de la intervención quirúrgica en las neuralgías pélvicas; no obstante los fracasos conocidos por mí de [illegible]US, de KIRMISSÓN, de BOUSQUET, de TERRILLÓN y aun de [illegible]OT, yo tenía en mi caso una lesión conocida que tratar, y de[illegible] comenzar mi tratamiento por el de esta lesión.

Hacer la histerectomía, desd[illegible]go, como lo quiso PEAN y lo propone RICHELOT, se me hace [illegible]oco difícil. Me resisto á quitar órganos tan poco enfer[illegible] parecen sanos, en mujeres jóvenes aún, en plena vida g[illegible]ológica, que aunque presas de un estado neuropático grav[illegible]eden aun tener hijos, como lo ha comprobado una observ[illegible] reciente de RICHELOT. Aun cuando se hayan agotado to[illegible] recursos de la Terapéutica, aun cuando la enferma mart[illegible] por tales ó cuales procederes de sus médicos, reclame ard[illegible]emente la histerectomía, se me dificulta resolverme á semejante mutilación, antes de ensayar otras operaciones menos crueles.

Por eso en mi enferma resolví curar la metritis y reconocer directamente el ovario supuesto enfermo, por medio de la incisión abdominal exploradora.

Esto lo verifiqué acompañado del Dr. NUMA TORREA y de mi practicante Sr. ANTONIO VALDEZ ROJAS.

Hice la dilatación del cuello uterino, raspé y cautericé vigorosamente el endometrio, y luego abriendo el vientre, extirpé la trompa izquierda varicosa y edematizada ligeramente y el ovario del mismo lado, con micro-hematoquistes.

Un mes después, la herida operatoria estaba curada, y la metritis muy avanzada en su curación.

Pasaron seis meses, durante los cuales dejé de ver á la enferma. Los accesos neurálgicos continuaron dos meses aún; luego fueron disminuyendo, y cuando volví á verla, estaba casi bien.

Hoy se cree curada. ¿Lo está? Mucho lo dudo. Ayer fué una ooforo-metro-salpingitis, mañana será cualquier otra lesión in-

significante, la que provoque su sistema nervioso y reproduzca las escenas histeralgésicas que ha recorrido: en materia del sistema nervioso soy tan escéptico, que estoy por no creer en las curaciones.

Esta observación nos demuestra una vez más la importancia del diagnóstico y tratamiento etiológicos en las neuralgías, y nos permite esperar que la histerectomía se realice cada vez menos en estas circunstancias.

Sin embargo, no deja de ser la histerectomía, un procedimiento de curación aplicable á las grandes neuralgías pélvicas.

Este procedimiento, se comprende, es enteramente de excepción.

•

XIII

UTERUS GIGAS.

M. POLAILLON designó bajo el título de *gigantismo uterino*, "una hipertrofia regular de todos los elementos que constituyen el útero, con esta particularidad, que la cavidad uterina sufre una ampliación proporcional al engruesamiento de sus paredes."

Después del parto, el útero puede no sufrir su involución normal, y queda en semejante caso tal como se hallaba en la segunda semana después del parto; pero su tejido se hace duro, fibroso, frágil.

Abajo del ombligo se percibe el fondo uterino. La cavidad del útero, grande y abierta, deja escurrir un líquido sero-sanguinolento, ó sangre negra, constantemente. La mucosa endométrica se adelgaza y se atrofia; ofrece un campo fértil á los microorganismos, y pronto hasta los anexos llegan los agentes de la inflamación y del pus.

Cuando el gigantismo uterino ha resistido á todos los medios terapéuticos, cae bajo la jurisdicción de la histerectomía.

En 1889, recomienda por primera vez la histerectomía vaginal en el *uterus gigas*, el Cirujano SECHEYRON.

En 1894, la practica por esta misma causa dos veces RICHELOT, y en 1897, publica DOYEN su método en Y para la histerectomía por gigantismo uterino.

Hoy está resuelta ya la indicación de intervenir quirúrgicamen-

te en estos casos, y parece ser la vía vaginal la elegida para ejecutar la histerectomía.

El gigantismo uterino es una afección sumamente rara, y de aquí que excepcionalmente se encuentren observaciones de esta naturaleza en los autores de Ginecología.

Más afortunado yo, puedo publicar la siguiente, que pertenece á mis estadísticas personales:

"La Srita. Margarita N. . . ., de veinte años de edad, soltera, de constitución débil y raquítica, con antecedentes hereditarios tuberculosos, sufre una violación por parte de su amante, y seis meses después, por los malos tratamientos de ese hombre, aborta un producto muerto.

Durante toda la duración de su preñez, tiene leucorrea abundante, producida según los datos que puedo obtener, por un contagio blenorrágico.

El mal cuidado de su aborto, la falta de recursos y la ignorancia de esta infeliz mujer, le causan una infección puerperal *post-abortum*, de la que estuvo próxima á morir.

Repuesta difícilmente de su fiebre puerperal, no llega á quedar sana y pasa un año sufriendo constantemente de su vientre, padeciendo indigestiones frecuentes y viéndose obligada de vez en cuando á permanecer varios días en la cama, tanto para calmar sus dolores, cuanto por la suma debilidad muscular que le originan sus abundantes é incoercibles metrorragias.

Finalmente, un día, catorce ó diez y seis meses después del aborto inicial, le sobrevienen repentinamente violentos calofríos, agudos dolores en el hipogastrio, vómitos y constipación tenaz.

Después de ocho días de fiebre, de signos peritoníticos y de situación muy grave, la ve el hábil médico Dr. ANTONIO ARTURO LOAEZA, y á la amistad y antiguo afecto que desde la escuela nos une, debí el verla yo.

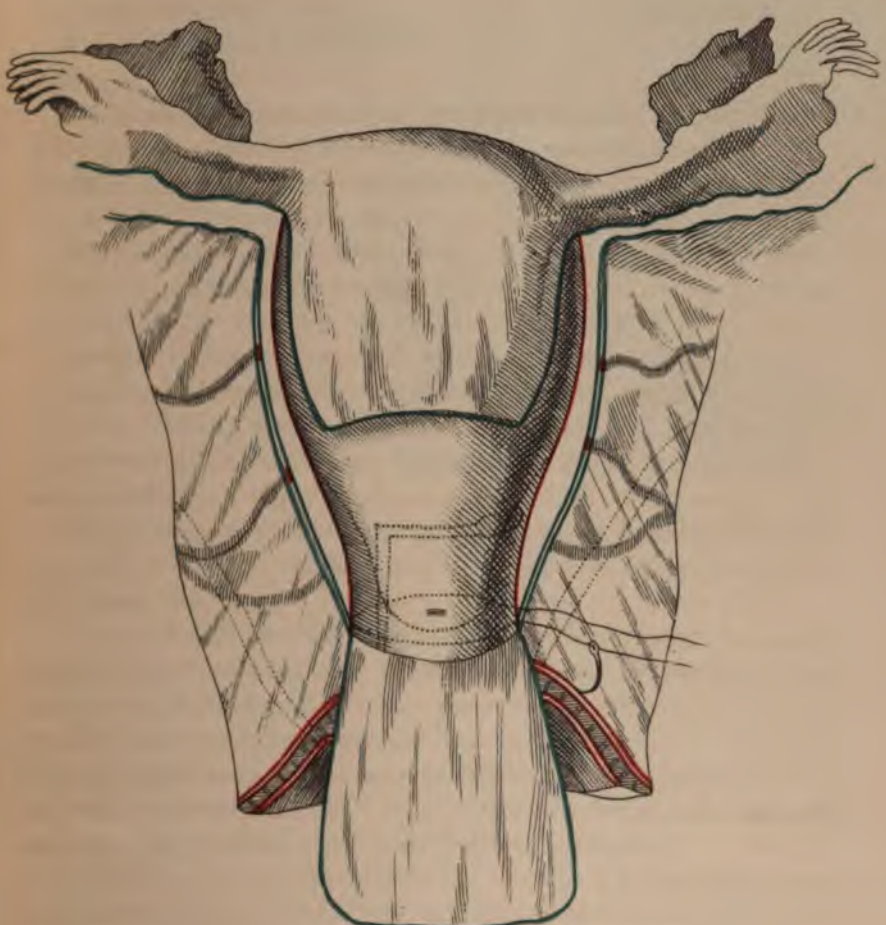
Transladada á mi sala del Hospital "Morelos," puedo reconocerla con calma.

Es una mujer extraordinariamente extenuada, agotada. Su respiración está anhelante, su piel seca y ardiente, temperatura 40°, pulso á 150 y 160 por minuto.

El vientre sumamente doloroso, ofrece un tumor marcado en la fosa ilíaca derecha, que parece extenderse al hipogastrio: este tumor es duro, remitente, parece fluctuante, aun cuando el examen es casi imposible por la resistencia y los gritos de la enferma que se opone á todo contacto en su vientre.

CLINICA QUIRURGICA.

(La Histerectomia.)



Método Suárez Gamboa.

Fig. núm. 55.—Utero desprendido de sus conexiones con los ligamentos anchos. —Sutura en bolsa sobre la vagina. El colgajo peritoneal anterior está abatido hacia adelante. La sonda vaginal hace relieve en los límites del cuello, y marca el lugar de la incisión vaginal.

Lit. del Timbre. Dr. Suarez Gamboa

La vagina estrecha, muy caliente, muy dolorosa, deja escurrir abundante leucorrea, purulenta y fétida. El cuello uterino grueso, desgarrado, está inmóvil. Los fondos vaginales casi no existen.

Consulto con mi maestro el Dr. RAMÓN MACÍAS, Director de ese Hospital, y de común acuerdo resolvemos operar inmediatamente, la laparotomía de urgencia.

Nos inclinábamos á admitir *dos pio-salpinx* y *flegmón pélvico*.

Hecha la incisión abdominal, pudimos ver desde luego el útero enormemente crecido; pero regular y normal en su aspecto general. Un gran pio-salpinx derecho, que se adhería al cœcum y al apéndice íleo-cœcal ocupaba la fosa ilíaca derecha. El pabellón de esa trompa forzado al máximum, se apoyaba de plano sobre el peritoneo de la fosa ilíaca derecha. Algunas natas fibrino-purulentas cubrían aquí y allá el ámpula cœcal.

Procuro con muchísima delicadeza reconocer el fondo de DOUGLAS y movilizar la bolsa purulenta; pero la trompa se despega del peritoneo, y *por su pabellón permeable y dilatado* salta el pus, horriblemente fétido, y forma olas que inundan la cavidad de la pelvis.

Vacía casi la bolsa, me es muy fácil hacer en unos cuantos minutos la histerectomía de KELLY, y extirpo un segundo pio-salpinx izquierdo.

Hacemos el Sr. MACIAS y yo, la antisepsia minuciosa del peritoneo pélvico; arranco los depósitos fibrino-purulentos peritoneales con la cucharilla roma, dejo una amplísima canalización por la vagina; pongo un *drain* de gasa yodoformada en la región cœcal, que saco al través del abdomen, y terminamos haciendo abundantísimas inyecciones en el tejido celular, con la solución salina al 6 por ciento, el pseudo-suero fisiológico.

Los dos primeros días después de la operación transcurren sin incidente notable; pero al tercer día la situación se agrava rápidamente, y en la noche de ese día muere la operada con tranquilidad. A la autopsia, se encuentran signos de peritonitis purulenta.

El útero obtenido en la operación, es un monstruoso representante de estos órganos. Mide *veintidos centímetros en su eje mayor* y *diez y seis en su mayor anchura:* el espesor de sus paredes al nivel del cuerpo, es *casi de tres centímetros.*[1] La mucosa

1 Diámetro vertical del útero normal, 55 á 72 milímetros. Diámetro transverso del útero normal, 40 á 50 milímetros. (En las mujeres no vírgenes, según RICHET.)

está pálida, delgada, y solamente en las cercanías del *árbol de la vida*, se ven ligeras ulceraciones muy superficiales. Las arterias uterinas son más voluminosas que las radiales en su normalidad.

Esta pieza anatomo-patológica se encuentra depositada en mi "Museo Ginecológico" particular.

XIV

DECIDUOMA MALIGNO.

Con los nombres de *sarcoma deciduo-celular* (SANGER), *sarcoma deciduo-corio-celular* (GOTTSCHALK), *blastoma deciduo-corion-celular* (SCHMORL), *sarcoma de las vellosidades coriales* (GOTTSCHALK), *deciduo-sarcoma uteri giganto celular* (KLEIN), *tumores deciduales* (MARCHAND), *carcinoma sincicial del útero* (KOSSMANN), *y placentoma*, se comprende en Ginecología una forma particular de neoplasia que tiene una evolución clínica especial y cuya constitución anatómica recuerda tanto la del sarcoma como la del carcinoma.

Este neoplasma no ataca primitivamente sino el útero grávido y las trompas; pero tiene una extraordinaria aptitud para difundirse en toda la economía, constituyendo múltiples metastasis.

En la literatura médica se conocen 75 casos de este género, computados por J. J. FEODOROFF, cirujano de Varsovia. El deciduoma maligno, se encuentra más especialmente en las multíparas, 69%; mientras en las uníparas no se observaría sino en un 31% de los casos. Particularmente peligrosas son las preñeces irregulares: en un 72% se han observado abortos, molas, preñeces extra-uterinas, etc.; mientras los partos normales no dan sino un 28% de estadística.

El estudio de este neoplasma está casi totalmente por hacer. Los autores que de él se han ocupado, han emitido las más variadas opiniones, de entre las cuales con dificultad se desprenden algunos hechos exactos, pudiendo considerarse en este número: su relación constante con el embarazo, su malignidad unánimemente reconocida, y la dificultad de hacer un diagnóstico precoz.

La marcha del *deciduoma* se caracteriza por su excesiva rapidez, de algunas semanas á seis meses, rara vez más de un año;

por la presencia constante de hemorragias, la mayor parte de las veces muy abundantes y por la producción de metastasis (pulmonares en el 90% de los casos).

El único tratamiento del *deciduoma* es la *histerectomía*, practicada en cuanto se haya hecho el diagnóstico del neoplasma. Toda vacilación en este caso sería nociva, pues los tratamientos paliativos no harán sino agravar el estado de la enferma y apresurar su fin. El gran número de veces que ha fracasado la histerectomía como tratamiento del *deciduoma*, creemos se debe en gran parte á no haber sido aplicada á tiempo; á haber sido precedida de maniobras tales como la *raspa*, que, en casos como este, no tienen más resultado que precipitar la marcha invasora del neoplasma.[1]

XV

UTERO BICORNIO.

CHAPUT, Cirujano francés, ha sido el primero en publicar una observación de colpo-histerectomía, por útero bicornio.

Se conoce alguna que otra observación semejante; pero siendo las afecciones congénitas del útero bastante raras y reclamando muy excepcionalmente intervención tan seria, podemos considerar la histerectomía como extraordinariamente excepcional en esta clase de padecimientos.

XVI

HEMATOMETRIA.

Durante el año de 1895, en la sesión de la Sociedad de Cirugía de París, correspondiente al 10 de Julio, el Profesor SAMUEL POZZI presentó una enferma curada por la colpo-histerectomía, de hematometría, hemato-salpinx doble y hematocele retro-uterino, consecutivos á una atresia cicatricial del cuello. Para la extirpación de los hemato-salpinx tuvo al fin que recurrir á la laparotomía.

1 El estudio del deciduoma ofrece un ancho campo á los ginecólogos del porvenir.

No fué esta la primera histerectomía por accidentes uterinos de retención, pues durante el año de 1883, el Cirujano de los Estados Unidos, JOHN HOMANS, la ejecutó con éxito en una enferma con hematometría lateral por útero bicornio.

La histerectomía está indicada en la hematometría, cuando no se puede llevar la disección perineal hasta el tumor y evacuarlo por esta vía; cuando el coágulo está organizado, como sucedió en el caso fatal de JEANEL; cuando las paredes del útero están reblandecidas ó hipertrofiadas; y cuando los fenómenos de retención hacen eco profundo en los anexos y en los tejidos peri-metríticos. En estos últimos casos, está más particularmente indicada la laparo-histerectomía.

XVII

TRAUMATISMOS QUIRURGICOS DEL UTERO.

No es mi ánimo tratar ninguna de las lesiones que constituyen la vasta serie de las heridas uterinas, comprendidas en la traumatología abdominal. Ocupado ó vacío el útero, puncionado, cortado ó contundido; completa ó incompletamente dividido, lesionado sólo en su nutrición, ó hecho estallar bajo un exceso de fuerza, todos estos son puntos que abandono al patologista ó al partero.

Deseo únicamente estudiar las lesiones traumáticas del útero, *causadas directamente por los médicos, durante las maniobras de un reconocimiento ó de una operación.*

Estas lesiones tienen todas, la característica de dirigirse siempre del interior del útero hacia el exterior: lo inverso sucede en los traumatismos uterinos de origen no quirúrgico, el agente vulnerante marcha del exterior al interior.

En el estudio de las lesiones quirúrgicas del útero, parece que tendrían un lugar las lesiones uterinas causadas por algunos médicos con fines más ó menos criminales. Este estudio corresponde á los médico-legistas, no á nosotros: es un asunto que se ventila en los Tribunales del orden Criminal, es un borrón de infamia con que los malos médicos han señalado nuestra noble profesión, es la teratología de los ginecólogos y parteros, y nosotros sólo estudiaremos los errores de los cirujanos normalmente honorables; es decir, los hechos desgraciados, inconscientes é invo-

CLINICA QUIRURGICA.

(La Histerectomia.)

Método Suárez Gamboa.

Fig. 56.—Corte de los ligamentos anchos y de la vagina, una vez desprendido el útero

LIT. DEL TIMBRE

DR. SUAREZ GAMBOA

luntarios, de los ginecólogos y parteros que ejecutando un acto quirúrgico persiguen un fin terapéutico. El lector que desee obtener datos sobre estas lesiones criminales, que busque lo relativo á ellas en los tratados de Medicina Legal ó en la notable Memoria de Fr. NEUGUEBAUER, sobre los cuerpos extraños del útero.

De ninguna manera vaya á creerse que la lesión quirúrgica del útero, implica un exceso de fuerza, torpeza manual ó ineptitud del operador que la produce. Por lo común, el útero alterado en su constitución anatómica es el directamente responsable del accidente.

No obstante esto, hay que recomendar mucho á todos los Cirujanos que ejecutan maniobras en el interior del endometrium, la mayor prudencia en el manejo de los instrumentos y una gran suavidad en todos sus actos manuales.

Los traumatismos quirúrgicos del útero reconocen tres tipos clínicos principales, que son:

I. *Las perforaciones.*
II. *Las desgarraduras, más ó menos extensas* y
III. *Las exéresis parciales.*

Las *exéresis* se observan con más frecuencia durante las ablaciones de los tumores polipiformes del endometrio, pediculados ó no. En estos últimos casos, al ejercer sobre el tumor las tracciones indispensables para pediculizarlo, si no tiene pedículo; ó si lo tiene, para colocar el asa galvánica ó atacarlo con las tijeras curvas, se produce una inversión limitada de la pared uterina en el punto de implantación del pólipo, y la sección del operador, en vez de limitarse al pedículo únicamente, se lleva un fragmento de tejido uterino. Este fragmento puede ser pequeño y se limita entonces la exéresis uterina á la formación de una cavidad poco profunda constituída en el espesor de las paredes del útero; ó por el contrario, ser el fragmento cortado muy grande y se producirá una exéresis total de la pared con abertura de la cavidad peritoneal. En un caso semejante WERTH hizo inmediatamente la histerectomía vaginal.

Cuando se toma la inversión uterina crónica por pólipo uterino y se hace su extirpación, se comprenderá fácilmente la gran excisión de tejido uterino que se verificará. No hace mucho tiempo aún, que algunos ginecólogos mexicanos, muy conocidos por sus operaciones, se alistaban á cortar un falso pólipo uterino, que no era en realidad mas que una inversión parcial del útero. Felizmente, un poco de masage hizo desaparecer *el pólipo* é hizo, también, salvarse á la enferma de un desastre.

Incomparablemente más frecuentes que las exéresis, son las *perforaciones* uterinas, por medio de instrumentos delgados y largos, tales como los *histerómetros* y las *cucharillas*.

Estas perforaciones pueden observarse en todas las regiones del endometrio; pero sus sitios más frecuentes son el fondo y la pared posterior del útero.

Los casos de perforaciones uterinas son día á día más numerosos, tal vez por el incremento que toman las intervenciones quirúrgicas intra-uterinas en la Ginecología actual. Entre una multitud de hechos notables, se destacan los descritos por Frédérich, Rosenfeld y Ourisnier.

El instrumento que trabaja en la cavidad uterina, cucharilla, histerómetro, dilatador, etc., da constantemente sensación de la resistencia peculiar al tejido del útero. Repentinamente esta resistencia falta, el instrumento se hunde con violencia y sin esfuerzo en la cavidad abdominal: la perforación se ha realizado.

Estas perforaciones instrumentales del útero no son siempre fácilmente diagnosticables. A veces pasan enteramente inadvertidas para el operador, hasta que un epifenómeno ó un accidente extraño y repentino, las pone de manifiesto; otras en cambio, no existe la perforación que cree haber hecho el operador, y los signos subjetivos que le indujeron á admitirla, son falsos y erróneos. S. Frédérich cita dos observaciones de la especie anterior: en la primera, fué después de la raspa uterina, cuando el escobillón trajo fragmentos membranosos que se reconocieron como colgajos peritoneales; en la segunda, fué en el momento de la inyección cuando se apercibieron que el líquido no volvía por la cánula de la sonda. En cambio, Oscar Beuttner, de Génova, ha publicado dos casos de pseudo-perforaciones del útero. Estas pseudo-perforaciones, que Courant niega, se observan con más frecuencia en los casos de aborto con retenciones placentarias. Existiría, cerca de la inserción de la placenta, un estado mor-

boso del músculo uterino caracterizado por una relajación local de su tejido. Es al deprimir esta zona, cuando la cucharilla da la falsa sensación de una perforación.

Las perforaciones del útero con instrumentos asépticos, no parecen ser peligrosas, y curan, por lo común, espontáneamente. Sin embargo, ciertos accidentes de la perforación, han inducido á algunos cirujanos á practicar inmediatamente la histerectomía. Así, BAUDRON perforó la matriz en el curso de una raspa y no se apercibió de ello hasta que, haciendo una inyección de sublimado, notó que el líquido no volvía: inmediatamente practicó la histerectomía vaginal.

Las *desgarraduras* uterinas quirúrgicas, verdaderas rupturas por eclosión, no son tampoco muy raras.

Ya es un dilatador normalmente introducido en el endometrio el que desgarra el tejido uterino, quebradizo y blando; ya es otro dilatador, abierto forzadamente, el que hace estallar la pared del órgano.

Durante el curso de las operaciones asépticas, estas desgarraduras tendrían poca importancia; pero en las intervenciones por procesos infectantes del endometrio, pueden tener desastrosas consecuencias.

La historia siguiente, observada en mi Sala de Operaciones particular, es un ejemplo clásico de estas lesiones quirúrgicas del útero:

La Sra. Sara L., casada, de 30 años de edad, dos hijos, el último de 5 años de edad.

Sufre desde hace dos ó tres años accidentes ligeros de ooforo-metro-salpingitis no quística.

El día 20 de Septiembre de 1898, en mi Sala de Operaciones procedo á hacerle la raspa de la matriz, con anestesia local. Me acompañaban los Dres. ARCADIO T. OJEDA, de Veracruz, NUMA TORREA y JESUS VALDEZ SÁNCHEZ, y todo el personal de mis practicantes.

Una vez hecha la antisepsia de la vagina, introduzco en la cavidad uterina el dilatador de tres ramas, de SIMS, y comienzo lentamente la dilatación. Esta maniobra era muy poco dolorosa. Repentinamente la enferma acusa un dolor vivísimo en el vientre, escurre algo de sangre por la vagina y ceso de experimentar resistencia para la abertura del dilatador.

Hay que advertir que cuando este accidente se produjo, comenzaba apenas á hacer presión sobre las ramas del instrumento.

La libertad con que se hundía una rama del dilatador, el dolor agudo y la pequeña hemorragia vaginal, me hicieron pensar en una ruptura del útero.

Cloroformamos inmediatamente á la enferma y le practiqué la laparotomía: en el espesor del ligamento ancho izquierdo había un hematoma tan grande ya como una naranja.

Abierto este depósito y vaciada la sangre, aún líquida, percibí una ruptura completa, irregular, como de cuatro centímetros, sobre el borde izquierdo del útero.

Suturé muy cuidadosamente la desgarradura, limpié atentamente la cavidad formada entre las hojas del ligamento ancho, por la hemorragia; hice la ooforo-salpinguectomía derecha, por encontrarse en muy malas condiciones esos anexos, y reuní, por medio de suturas, los bordes del ligamento ancho izquierdo, en la parte seccionada, con los de una abertura que practiqué en la vagina. Una tira de gasa iodoformada canalizó la cavidad del hematoma al través del ojal vaginal.

Las consecuencias operatorias fueron sencillas y la enferma curó sin accidentes.

Como se puede ver por este caso, la histerectomía no es indispensable en el tratamiento de los traumatismos quirúrgicos del útero.

Sin atreverme á rechazarla por completo, sí la considero como un procedimiento de extraordinaria excepción que pocas veces tendrá oportunidad de servir al Ginecólogo.

XVIII

SARCOMA DEL UTERO.

Los sarcomas que atacan al útero se desarrollan: unos en su tejido muscular, los otros en la mucosa; los primeros, circunscritos, son casi siempre fibro-sarcomas; los segundos, difusos, constituyen el *sarcoma difuso de la mucosa uterina.*

En el cuello se observan excepcionalmente sarcomas que, difiriendo por completo de los anteriores por su forma, han sido clasificados aparte, con el nombre de *sarcomas quísticos de la mucosa uterina.*

CLINICA QUIRURGICA.

(La Histerectomia.)

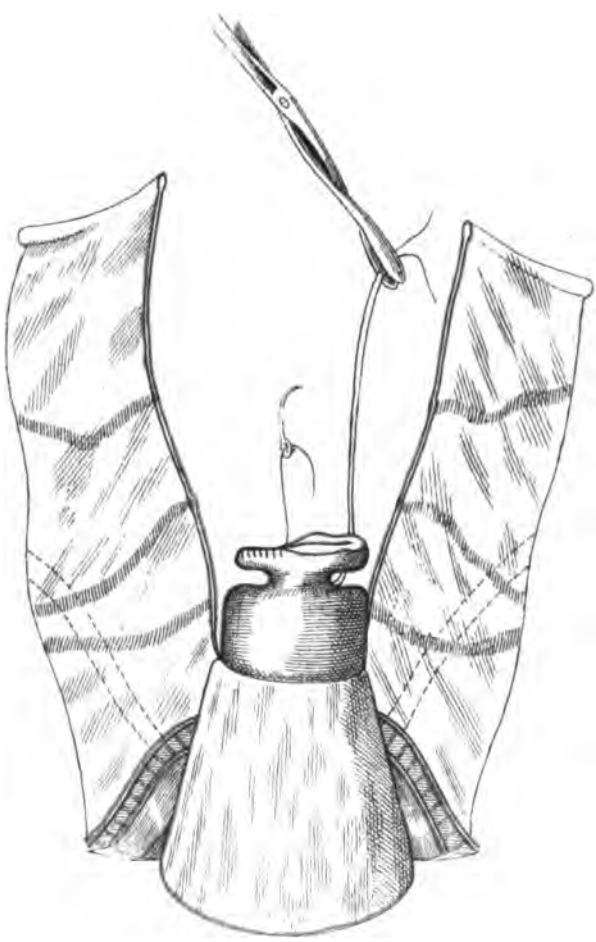


Fig. 57.—Método Suárez Gamboa.

La sutura vaginal en bolsa, ha sido anudada. Los bordes de la vagina se suturan cuidadosamente.

Lit del Timbre.

Dr. Suarez Gamboa

Esta última forma del neoplasma es muy rara y no está muy estudiada. GAYMAN y OZENNE se han ocupado con alguna extensión de ella, y en la ciencia se conocen los casos de MAUSFIELD, CLARKE, SIEBOLDT, WEBER, THIEDE y los estudios de SPIEGELBERG, REIN, PERNICE y PFANNENSTIEL.

El principio de este tumor tiene bastante semejanza con el de los pólipos mucosos. Se desarrolla de preferencia cerca del orificio externo del cuello uterino y crece con gran rapidez, tomando un aspecto que recuerda el de un racimo de uvas.

Su marcha, como dijimos antes, muy rápida, es sin embargo silenciosa, pues el neoplasma puede alcanzar un enorme desarrollo, sin dar lugar á hemorragias, á dolores, ó á cualquiera otra manifestación.

El tratamiento que conviene á esta forma de sarcoma es la *histerectomía vaginal;* siendo de desecharse de plano todos los tratamientos paliativos.

El *sarcoma circunscrito del útero ó fibro-sarcoma*, no nos detendrá, pues creemos aplicable á él, todo cuanto hemos dicho al ocuparnos de los fibromas; únicamente advertiremos que su pronóstico es mucho más grave que el de los fibromas y que, aun cuando curables por la histerectomía abdominal, tienen una fatal tendencia á reincidir. Nos parece oportuno citar aquí la siguiente observación personal que demuestra plenamente nuestro dicho.

Sra. María Lizardi, de Tepic, 42 años, casada, lleva cinco años de padecimientos, antecedentes tuberculosos.

SINTOMAS.—Dolores muy intensos en toda la región del abdomen, que se extienden á la región lombar y á las piernas. Dispnea acentuada. Edemas pronunciados de las dos piernas. Metrorragias constantes, que no llegan á desaparecer. Constipación muy tenaz. Disuria. A la auscultación pulmonar, numerosos estertores finos y crujidos pleurales en ambos vértices: del lado derecho, expiración prolongada y sacudida, ligeramente soplante. Tos frecuente, especialmente nocturna. Estado general completamente caquéctico.

DIAGNÓSTICO.—En la fosa iliaca derecha, en el flanco del mismo lado y en la región hipogástrica se halla un tumor muy voluminoso que llena por completo estas regiones. Este tumor es blando, fluctuante, enteramente mate á la percusión y presenta ciertos movimientos que permiten dirigirlo hacia la fosa iliaca izquierda. La exploración vaginal enseña que el fondo lateral derecho

está ocupado; que el cuello de la matriz, endurecido y desgarrado, está abatido y sigue los movimientos impresos exteriormente al tumor. El tacto rectal deja percibir que el intestino está comprimido por un tumor blando y fluctuante. De acuerdo con el distinguido Médico jalisciense, Sr. Julián Román, diagnostiqué: *un quiste voluminoso del ovario derecho.*

Tratamiento.—Durante la operación pude cerciorarme de que el tumor estaba constituído por un *fibro-sarcoma* muy blando del cuerpo del útero, presentando íntimas relaciones con el apéndice y ámpula del *cæcum*, con los anexos uterinos del lado derecho, con la fosa iliaca derecha, mediante una prolongación pediculiforme y con el fondo de la vejiga. Me veo precisado á practicar una amplia mutilación de la pelvis arrancando con la rugina la inserción pedicular del tumor, del periostio y de la cara interna del hueso iliaco derecho; resecando el apéndice *cæcal*, quitando los anexos de ambos lados, haciendo la histerectomía del segmento superior del útero y resecando una parte del fondo de la vejiga.

Resultado.—Curación de su lesión abdominal y mejoría muy acentuada del estado de sus pulmones.

Fecha: Enero 1º de 1898.

Observaciones.—En el mes de Febrero siguiente, que tuve el honor de presentar esta enferma á mis maestros los señores Dres. Francisco P. Chacón y Joaquín Vértiz, no conservaba esta enferma sino ligeros dolores abdominales y cierta frecuencia en la micción. El estado general se había compuesto muchísimo y todo hacía prever una próxima y definitiva curación. En el mes de Septiembre de este mismo año, he recibido una carta de la Sra. María Lizardi, actualmente radicada en Tepic, y por su contenido mucho me temo se haya reproducido el neoplasma en el interior de la cavidad abdominal.

Estuvieron conmigo en esta operación los Dres. Numa Torrea y Jesus Valdez Sánchez y el estudiante de medicina Antonio Valdez Rojas. Durante el tratamiento post-operatorio, me ayudó el Dr. José Antonio Gamboa.

El *sarcoma de la cavidad uterina* puede presentarse de dos maneras: el sarcoma pediculado y el sarcoma difuso.

El *sarcoma pediculado*, rarísimo, ha sido estudiado por Virchow, Terrillon, etc., no se le puede distinguir de los fibromas pediculados, sino por el examen histológico, y cuando éste no se

verifica, porque su ablación es seguida constantemente de reincidencia precoz.

El *sarcoma difuso* de la mucosa uterina presenta como particularidad etiológica, el atacar á las mujeres que han tenido hijos y que ya han llegado á la menopausa. Sus causas más frecuentes son las infecciones uterinas, el aborto y las metritis.

Los síntomas que más llaman la atención en esta forma de sarcoma, son: la *hemorragia* que es muy variable en cantidad y calidad; unas veces continua y alternando otras con la leucorrea; la leucorrea es tan constante como la metrorragia, y algunas ocasiones tan abundante, que constituye una verdadera *hidrorrea*. Los dolores no son intensos en el sarcoma difuso. La hematometria es acompañante frecuente del *sarcoma* que estudiamos. AUBRY la ha notado 4 veces en 12 observaciones que refiere. La cantidad de líquido que puede acumularse en el útero es considerable. PEAN ha extraído 30 litros en dos veces, y otros autores refieren observaciones análogas. El líquido de la hematometria contiene sangre transformada, coágulos antiguos y recientes y masas fungosas, porciones del neoplasma.

La marcha del tumor es bastante lenta, se conocen casos en que ha sido tolerado durante 10 y hasta 20 años (caso de PEAN). Su tendencia á extenderse en los órganos vecinos de la pelvis, es bastante limitada.

El único tratamiento que conviene á los *sarcomas difusos* de la cavidad uterina, es la histerectomía abdominal en el mayor número de casos, y vaginal, solamente cuando es de muy pequeño volumen.

XIX

METRITIS HEMORRAGICAS.

Algunos autores recomiendan practicar la *histerectomía* en ciertos casos de *metritis*, cuando todos los medios conocidos para contener las hemorragias han fracasado. Me opongo terminantemente á esta manera de ver, porque creo que el Cirujano tiene en su poder agentes poderosísimos de hemostasis, que son suficientes, en la casi totalidad de casos, siempre que sean aplicados á tiempo y convenientemente, para contener cualquier hemorragia que reconozca por causa una metritis.

Además de los procedimientos terapéuticos aplicables á todos los casos en que la sangre sale de los vasos, tenemos para el particular que estudiamos una multitud de recursos, tales como: la dilatación y la discisión del cuello, la cauterización intra-uterina, la raspa de la matriz, etc., recursos que, lo repetimos, prudentemente usados, nos bastarán para triunfar de las hemorragias y de la metritis, pudiendo asegurarse que cuando se fracasa, es porque la salida de la sangre tiene alguna otra causa, distinta de la metritis, que es necesario investigar con todo cuidado.

XX

NEUROSIS GENITAL.

La *neurosis genital* ó *histeria genital*, ha sido algunas veces tratada por la castración, otras por la histerectomía, y otras, en fin, por la ablación del utero y sus anexos.

Siendo para todos los autores la *neurosis genital* una afección mal definida y de diagnóstico etiológico siempre dudoso, y siendo para mí una entidad fantástica, cuya existencia me parece improbable, rechazo y repruebo toda operación que, so pretexto de curación, se practique en histéricas ó neurasténicas cuyos órganos genitales estén sanos. El estado actual de nuestros conocimientos científicos sobre la llamada neurosis genital, no nos autoriza á mutilación tan grave por sí y por sus consecuencias, y esta afección nerviosa debe borrarse de la lista de las indicaciones de la histerectomía.

XXI

OVARITIS POLI-QUISTICAS Y ESCLERO-QUISTICAS.

Fueron los trabajos y las operaciones del Cirujano francés M. Segond, los que comenzaron á llamar la atención del público médico sobre las indicaciones de la exéresis utero-anexial completa, en ciertas formas de ovaritis poli-quísticas y esclero-quísticas.

Baudron, en sus escritos sobre histerectomía vaginal, cita 33

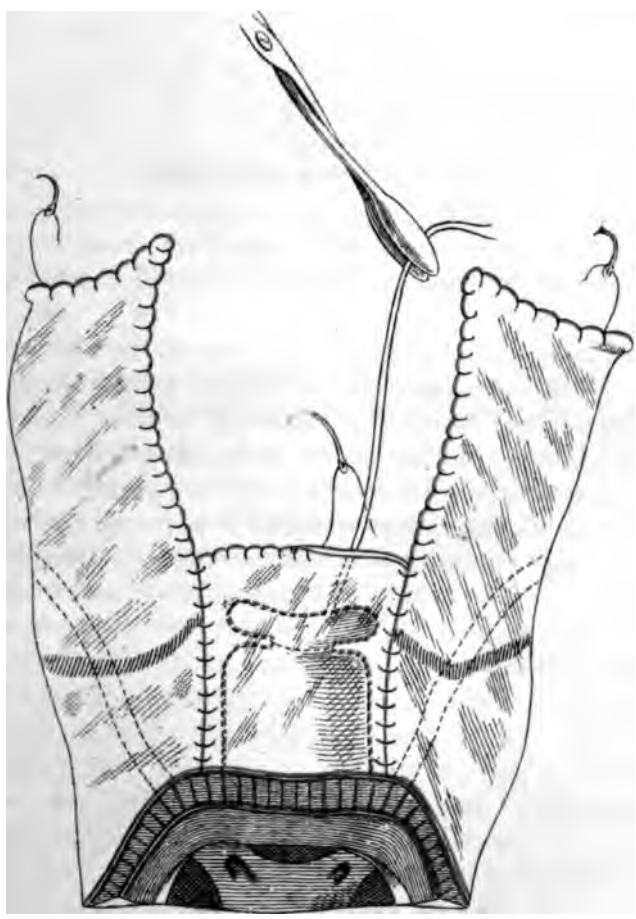


Fig. 58.—Método Suárez Gamboa.

Los colgajos peritoneales, anterior y posterior se han suturado, uno con otro, cubriendo el muñón vaginal, Las hojas serosas de los ligamentos anchos, se reunen también por suturas.

Lit. del Timbre.

Dr. Suarez Gamboa

casos de ovarios esclero-quísticos tratados en la Clínica de SEGOND por la castración total.

Consultando los escritos clásicos, europeos y americanos, y buscando entre las monografías y tesis variadas que constituyen la riqueza de la literatura ginecológica, llama la atención la rareza de histerectomías por este género de ovaritis. Sea que el diagnóstico de las ovaritis micro-quísticas esté aún lleno de dificultades, sea que la indicación de la histerectomía esté aún poco aceptada en tales circunstancias, el hecho cierto es que son muy pocos los Cirujanos modernos que presentan estadísticas de histerectomías por ovaritis micro-quísticas.

Ciertamente que la Terapéutica de esta forma rara de ovaritis está bien poco adelantada y que oscila entre los infranqueables límites de la ignipuntura ovárica, la ovariotomía uni ó bilateral y la ooforo-metro-salpinguectomía. De las tres, la más radical y segura es la ooforo-metro-salpinguectomía; ¿pero es la más sencilla y la menos peligrosa? Ese útero poco ó nada alterado, está en condiciones que reclamen su exéresis? He aquí lo dudoso.

Las condiciones aunque en apariencia análogas á los casos de ooforo-salpingitis que hemos estudiado ya, difieren profundamente en su esencia. En las ooforo-salpingitis, el proceso está íntimamente ligado con el estado del útero; la infección es ooforo-metro-salpingea y la afección no está limitada á un segmento mayor ó menor del aparato genital interno; pero en las ovaritis micro-quísticas, aun bilaterales, no se puede demostrar la participación de la matriz en el proceso, y si, *á priori*, parece racional aceptar el principio uterino del proceso, clínica y anatomo-patológicamente no se puede aún demostrar nada.

La naturaleza íntima de la enfermedad quística del ovario nos es absolutamente desconocida, y aun en el estudio de su evolución clínica y de su terapéutica, hay multitud de vacíos incomprensibles en la actualidad y suficientes para impedirnos desechar de plano la idea de la circunscripción ovárica del proceso.

No estamos, en consecuencia, enteramente autorizados para extirpar junto con los anexos enfermos, el útero tal vez indemne ó por lo menos muy poco lesionado. Además, ¿estamos en circunstancias estadísticas útiles para poder sostener la superioridad terapéutica de la histerectomía sobre la operación de BATTEY y sobre la ignipuntura? De ninguna manera.

La cuestión no está aún resuelta, y menos se resolverá si consideramos que los Cirujanos parecen apasionadamente divididos,

pues que, mientras unos sostienen los métodos casi anodinos de los medios suaves y pequeños, los otros abandonan todos los actos operatorios intermedios para lanzarse en la vía elevada de la histerectomía.

En conclusión: actualmente la histerectomía no ha sentado aún firmes derechos en la Terapéutica de las ovaritis micro-quísticas; pero considerada como procedimiento de excepción, puede aceptarse en el tratamiento de la enfermedad quística del ovario.

XXII

AFECCIONES VESICALES Y RECTALES.

Ciertas lesiones de la vejiga y del recto, en particular algunas formas de fístulas vesico-uterinas y recto-uterinas, podrían exigir como un preliminar operatorio ó como un tiempo de su tratamiento, la ejecución de la histerectomía.

Como quiera que estos procedimientos son extraordinariamente excepcionales, me limito á mencionarlos únicamente, sin ocuparme de detalles.

XXIII

FIEBRE PUERPERAL.

Véase lo relativo á las *ooforo-metro-salpingitis*.

XXIV

DISMENORREA.

Las perturbaciones de la dismenorrea se caracterizan tanto por las metrorragias, cuanto por las perturbaciones nerviosas. Estas perturbaciones, no obstante su carácter esencialmente periódico, pueden revestir la forma de crisis verdaderamente graves.

Durante estas crisis, hay enfermas que sufren padecimientos crueles y violentos, hasta que la expulsión de una pseudo-membrana ó de un coágulo sanguíneo, termina con los accidentes:

durante los períodos intermediarios á las crisis de dolores, la salud general parece buena.

Pero en ciertas ocasiones la Terapéutica es impotente para combatir estos accesos, y á despecho de todos los cuidados, á pesar del tratamiento mejor conducido, la dismenorrea se muestra con rebeldía desesperante, las infelices enfermas torturadas por sus dolores, ó esperando, llenas de pavor, la repetición de ellos, pierden enteramente la esperanza de su curación, y ante la violencia de sus dolores y la cronicidad de su enfermedad, sacrifican sin vacilar sus esperanzas de maternidad, solicitando una operación, cualquiera que sea, con tal de libertarse de su periódico é inmutable martirio.

En presencia de estas enfermas desesperadas, manifestando aun ideas de suicidio, el Cirujano ginecólogo se ve precisado á tomar una determinación activa, y vacilará entre la ooforectomía bilateral y la histerectomía.

XXV

QUISTES PAPILARES INTRA-LIGAMENTOSOS.

La marsupialización de los quistes papilares debe considerarse como la confesión más completa de la impotencia del operador; y esta operación, mala bajo todos conceptos, ha dejado de pertenecer casi al catálogo de los recursos de los ginecólogos modernos, para permanecer, como en sus postrimerías, entre las manos de los Cirujanos anticuados ó de los operadores poco hábiles.

No me detendré en describir la operación que se designa por *marsupialización*, tan bien descrita por todos los clásicos de Ginecología. Mi objeto único es recordar que desde la comunicación de DELAGENIÈRE al Congreso francés de Cirugía, en 1897, la histerectomía ha tomado lugar principal en el tratamiento de los quistes papilares intra-ligamentosos.

Con la amputación del útero se forma una amplia brecha que permite el acceso entre las hojas de los ligamentos anchos y bajo el peritoneo parietal de la pelvis.

CLINICA QUIRURGICA.

(La Histerectomia.)

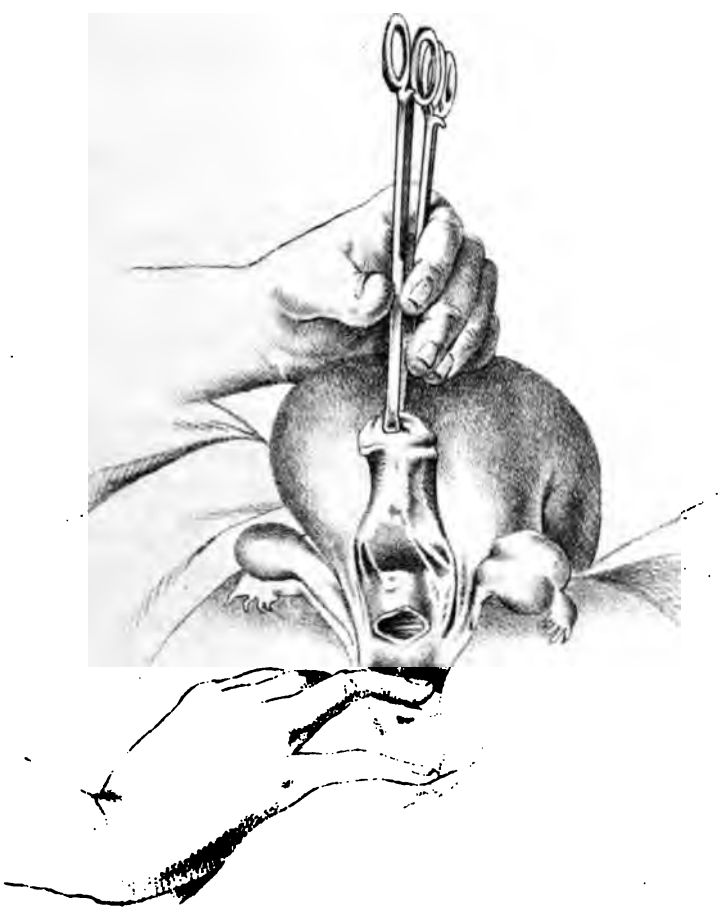


Fig. 59.—Histerectomía abdominal total. Desprendimiento del cuello. (Método Doyen).

Lit. del Timbre Dr. Suarez Gamboa

MANUAL OPERATORIO

Para atacar al útero y á sus anexos, cinco vías se le presentan al Cirujano que se prepara á ejecutar una histerectomía. Estas cinco vías cuentan con estadísticas más ó menos extensas y con partidarios y adversarios más ó menos numerosos: pueden, en rigor, constituir otros tantos métodos de histerectomía.

Estos diversos métodos, son:

I. *Método de histerectomía abdominal.*
II. *Método de histerectomía vaginal.*
III. *Método de histerectomía abdómino-vaginal.*
IV. *Método de histerectomía perineal y*
V. *Método de histerectomía, sacro.*

Ciertamente que el cuarto y quinto métodos, son procedimientos de excepción y que los Cirujanos más modernos, especialmente los de Norte América, tienden á consagrar como clásico el abdominal; pero no es menos cierto que todos, los cinco, poseen cierta importancia y pueden, aun los menos usados, prestar grandes servicios en determinadas circunstancias.

Nos dedicaremos al estudio de todos ellos con igual atención y procederemos á él, siguiendo el mismo orden en que están enunciados: este orden, por otra parte, es la enumeración de ellos según su importancia clínica.

I

MÉTODO DE HISTERECTOMÍA ABDOMINAL.

Todos los autores de Ginecología y todos los operadores de la cavidad abdominal, están absolutamente de acuerdo en uniformar, siguiendo un conjunto de reglas fijas, los primeros y los últimos tiempos de una histerectomía abdominal. Ya se trate de una ooforo-metro-salpingitis, de un cáncer, de un fibro-mioma ó de cualquiera ot ra obrar sobre el útero y sus anexos, hay que c por abrir la cavidad abdominal, es decir, hay que l *parotomía.*

Una vez practicada icial de la pared y la abertura del vientre, todas las ectomías requieren la investigación de las compl ac oneales más comunes y la exploración dete upulosa de toda la cavidad pélvica y de tod nidos en ella. Todas, también, reclaman el ase del peritoneo y la realización de todas las rezcan la vitalidad anatómica de los ó onados; y por último, todas estas láparo-histere sometidas á un grupo de preceptos que constituyen una garan tía para que al cerrar la cavidad abdominal, la pared del vientre quede tan útil, tan vigorosa y tan resistente, como se encontraba antes de la operación.

Expondremos, pues, este conjunto de reglas comunes á todas las histerectomías abdominales, evitándonos así repeticiones constantes y facilitando el estudio de estas maniobras que caracterizan el procedimiento abdominal en lo general, para analizar, después, los diversos manuales de técnica aconsejados por los ginecólogos más conocidos, constituyendo así la distinción en lo particular.

LAPAROTOMÍA.

PRIMER TIEMPO DE LA LAPAROTOMIA.—*Incisión abdominal.*— La enferma debe colocarse en la *posición de Trendelenburg.* Cuando se espere una disección laboriosa en la cavidad de la pelvis, esta posición se forzará un poco, á fin de despejar totalmente la pelvis de las asas intestinales. (Fig. 44.)

Algunos operadores colocan desde luego á su enferma en la posición declive: otros, y yo entre ellos, comenzamos la incisión de la pared en el plano horizontal, abrimos la cavidad, reconocemos el estado del útero y levantamos luego, si es necesario, el plano de la mesa, hasta donde lo exijan las circunstancias presentes.[1] (Figs. 45 y 46.)

Las dimensiones de la incisión abdominal varían según los casos. Un enorme fibro-mioma, un cáncer avanzado ó una ooforo-metro-salpingitis muy adherente, necesitarán, evidentemente, una abertura mucho mayor que una retro-versión, una metritis gigante, una ooforo-metro-salpingitis sin adherencias ó un fibro-mioma pequeño. Por regla general, deben limitarse las incisiones abdominales, á la extensión estrictamente indispensable para las circunstancias presentes: por lo común es suficiente una incisión de ocho á diez centímetros.

No obstante que á mi juicio, las dimensiones de la herida abdominal, *por sí mismas*, no son un aumento á la gravedad del pronóstico operatorio, algunos Cirujanos opinan lo contrario y por este solo hecho es prudente comenzar la operación con incisiones pequeñas: si con ellas se experimentasen algunas dificultades, nada es más fácil que prolongar la abertura del vientre.

En ciertos casos se ve el operador en la necesidad de llevar su incisión desde el púbis hasta el apéndice xifoides y debe entonces procurar pasar rodeando el ombligo por la izquierda, á fin de evitar que se halle bajo su bisturí, el ligamento redondo del hígado. Cuando esta incisión no basta aún, lo que es enteramente excepcional, se pueden practicar pequeñas incisiones transversales sobre las inserciones inferiores de los músculos rectos.[2]

Cuando se practican grandes incisiones, se exponen las vísceras abdominales, aún más, á toda la serie de los traumatismos y accidentes operatorios, y la masa intestinal á una evisceración violenta; de aquí que recomiende mucho mi práctica á este respecto: *desde que el tumor puede extraerse fuera de la cavidad de vien-*

1 En ciertas señoras muy gordas, lós intestinos cargados de grasa caen con todo su peso sobre la cara inferior del diafragma, vuelta ahora superior, y molestan gravemente la respiración. En estas personas las dificultades operatorias son muy grandes; pues hay que ejecutar la histerectomía en el plano normal del decúbitus dorsal.

2. Operando un enfermo con un enorme carcinoma del gran epiplóon, me ví precisasado á proceder de esta manera. Las masas neoplásicas extraídas alcanzaron la cifra enorme de 40 kilos. Estuvieron conmigo en esta operación los Doctores Ricardo Tapia Fernández, Germán Diaz Lombardo, Antonio A. Loaeza, Numa Torrea, Mendoza Fernández y Jesus Valdés Sánchez. El operado murió algunos días después de la operación, por un síncope cardíaco inesperado.

tre, disminúyanse las dimensiones de la herida abdominal, por medio de algunos puntos de sutura en masa, colocados hacia el ángulo superior de la incisión, dejándole á la abertura del abdomen la amplitud únicamente necesaria para la ejecución de las maniobras subsecuentes, destrucción de adherencias, pediculización del tumor, etc. Una vez terminada toda la operación, se substituyen estos puntos de sutura temporal por la sutura abdominal definitiva, mixta.

La abertura del vientre debe ejecutarse con rapidez. En la histerectomía, más que en alguna otra operación, no se debe olvidar la frase del brillante Operador de Reims: "*El tiempo es la vida.*"

Tendida la pared del vientre con el borde cubital de la mano izquierda, se divide con el bisturí la piel y la panícula adiposa subcutánea, exactamente sobre la línea media de la región hipogástrica. La aponeurosis de los músculos rectos se presenta y se procura seccionarla, precisamente en el espacio que corresponde á la *línea blanca*. Se busca el intersticio de los músculos rectos, se separa el borde interno del músculo, si se descubre éste, y se carga sobre una sonda acanalada y se divide la hoja posterior del lóculo aponeurótico de los mismos músculos: se cae al tejido celular pre-peritoneal, cargado muchas veces de grasa en abundancia En las mujeres muy gordas, esta capa adiposa puede ser muy gruesa: entonces, por medio de unas pinzas de disección y unas tijeras curvas, se corta y reseca esta panícula grasosa, hasta descubrir la cara posterior de la serosa peritoneal. Se levanta un pliegue de esta por medio de pinzas y se practica una pequeña incisión en su parte media. Por el orificio hecho así se introduce una sonda acanalada, ó mejor aún, el dedo índice de la mano izquierda, destinados á proteger los órganos abdominales y á conducir el bisturí ó tijeras con los que se amplía la abertura peritoneal, hacia arriba y hacia abajo, en toda la extensión de la herida de la pared del vientre.

Cuando la mujer no es muy gorda y la pared abdominal no está muy gruesa, acostumbro practicar con el bisturí, en algún punto cualquiera de la línea que calculo recorrerá mi futura incisión, una pequeña abertura de la pared en unos dos ó tres centímetros de extensión: por ella introduzco un dedo en el abdomen, y sobre mi propio dedo, con unas tijeras curvas fuertes, secciono en masa toda la pared abdominal, en la extensión que necesito.

CLINICA QUIRURGICA.

(La Histerectomia.)

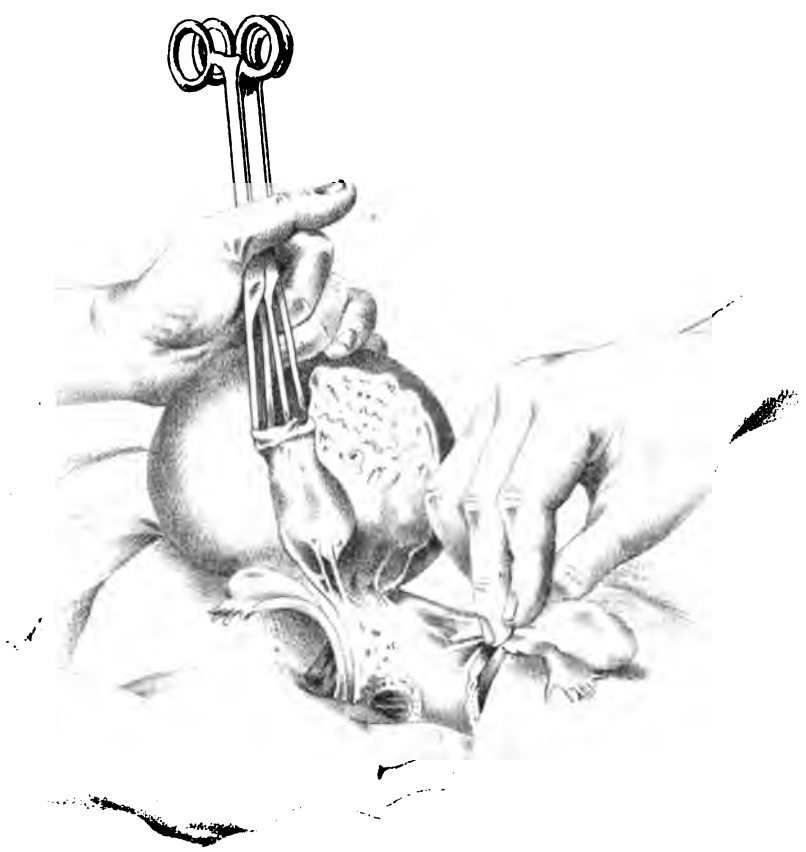


Fig. 60.—Histerectomía abdominal total. Desprendimiento del ligamento ancho izquierdo. (Doyen).

Lit. del Timbre.

Dr. Suarez Gamboa

Para ejecutar la incisión del abdomen, algunos operadores, entre otros el Dr. Chacón, se colocan entre los muslos separados de la enferma y comienzan en el ombligo para terminar sobre el pubis.

Yo encuentro más comodidad colocándome del lado izquierdo de la operada, y comienzo mi incisión en el pubis y la termino sea en el ombligo, sea en otro punto más ó menos próximo á la sínfisis, según las necesidades presentes.

Nunca es bastante toda la atención del operador, para abrir el peritoneo en ciertos casos de neoplasmas uterinos muy voluminosos, ó en aquellos que se complican de peritonitis, de prolongamientos neoplásicos parietales, etc., etc. Entonces, el peritoneo parietal y la hoja que cubre al neoplasma se confunden y es muy difícil distinguirlas, exponiéndose el operador á penetrar repentinamente en colecciones de líquidos más ó ménos sépticos y á provocar inesperadas y abundantes hemorragias.

En estos casos debe el operador buscar en el límite superior del neoplasma el ángulo diedro formado por la reunión de las dos serosas: ahí encontrará con facilidad la hoja parietal del peritoneo y hará lo que esté indicado.

Operando en cierta ocasión un tumor maligno de la pelvis, corté inadvertidamente la serosa parietal, dividí la hoja visceral que cubría el tumor, tomándola por el peritoneo de la pared, y comencé á decorticar el neoplasma, creyendo que las adherencias que destruía—que eran las de la masa del tumor con su peritoneo de revestimiento—eran las adherencias del peritoneo de la pared con el peritoneo del tumor. Con mis maniobras de despegamiento, que en realidad eran de decorticación, iba provocando una hemorragia más y más seria, hasta que pude convencerme del falso camino que seguía mi mano, y tuve que recurrir violentamente á la evisceración parcial, para atacar el neoplasma por su cara superior y sofocar la hemorragia que casi vaciaba ya á mi operada. Después de extirpado totalmente el tumor, en cuya empresa me ayudaron los Sres. Dres. Jesus Valdés Sánchez, Ricardo Tapia Fernández y Numa Torrea, la enferma curó sin accidentes.

Más extraña es otra causa de error que estuvo, también, muy próxima á embrollar mi plan operatorio, en alguna otra intervención abdominal que yo ejecutaba: *inmediatamente después* de dividida la piel del vientre, *mi bisturí cayó sobre una masa gruesa de epiplóon*, bien caracterizado. Estudiado con atención

y no sin ciertas dificultades, pues ofrecía múltiples adherencias periféricas, pude cerciorarme de que correspondía á una hernia voluminosa y muy antigua del epiplóon, al través de la línea blanca. Como quiera que esta hernia no molestaba á la señora que operaba en ese momento, desde hacía muchos años la había casi olvidado y no la mencionó en sus conmemorativos. En cuanto á mí, nunca la llegué á sospechar durante mis exploraciones.

En el servicio de Clínica ginecológica del Dr. CHACÓN, en el Hospital de Regina, observamos un caso semejante, con la diferencia de que aquí la hernia epiplóica reconocía una laparotomía anterior como origen.

Entre los errores célebres que se cometen en las laparotomías, existen dos ó tres muy curiosos: en alguno de ellos se ha tomado el peritoneo parietal, en un caso de ascitis, por la pared de algún quiste del ovario. Creyendo despegar las paredes del quiste, se fué despegando el peritoneo, de los tegumentos, en una gran zona: cuando se reconoció el error era demasiado tarde. Una vez vacío el vientre del líquido ascítico, quedaba un inmenso colgajo flotante de peritoneo parietal despegado.

Algunos Cirujanos acostumbran fijar los bordes de la incisión peritoneal, por medio de pinzas de presión con anillos dorados: yo me abstengo de esta práctica, cuyas ventajas desconozco.

Una vez abierto el peritoneo, se rodea la incisión por medio de compresas asépticas; y otras compresas se hunden hasta el fondo de la pelvis para sostener el alejamiento de las vísceras.

Se procede entonces á la exploración de la pelvis.

Antes de continuar adelante quisiera detenerme un momento, para tratar de dos novedades recientes, en la técnica de la laparotomía.

Es la primera la práctica de *la incisión lateral de* LENNANDER, modificada por VOLKOVITCH; y la segunda, el empleo de *la valva abdómino-vaginal* de MONPROFIT.

Toda vez que no existen indicaciones especiales que le obliguen á abrir el vientre en un punto dado, el operador LENNANDER practica la laparotomía al través de la vaina aponeurótica de alguno de los músculos rectos del abdomen, teniendo cuidado de respetar el cuerpo muscular. He aquí cómo procede.

La incisión de la piel y de la pared anterior de la vaina del músculo recto, del lado derecho, la practica á una distancia de

uno á tres centímetros de la línea blanca, y por medio de anchos separadores reclina el borde interno del músculo hacia afuera. Luego, corta la hoja aponeurótica posterior y el peritoneo, en un punto que corresponda, aproximadamente, á la incisión de la piel y de la hoja aponeurótica anterior de la vaina muscular. Para cerrar la herida comienza por una sutura continua con catgut sobre el peritoneo y la hoja aponeurótica posterior: luego lleva el borde interno del músculo recto, hasta ponerlo en contacto con la línea blanca, y los sutura así reunidos. En fin, sutura la hoja aponeurótica anterior y luego la piel.

Las ventajas de este procedimiento residen principalmente en el respeto á la línea blanca, que conserva toda su solidez, pues la mejor sutura del mundo es incapaz de remplazar las fibras tendinosas, una vez seccionadas; y en la garantía hacia el porvenir para evitar las hernias ventrales consecutivas, por la pérdida del paralelismo entre los diversos planos de las suturas.

Volkovitch hace la misma incisión lateral; pero lleva como principio pasar al través del músculo recto, seccionándolo en su longitud, en dirección exactamente paralela á las fibras. Por lo demás, no difiere mucho del manual de Lennander.

En cuanto á la *valva abdómino-vaginal de* Monprofit, consiste en dos valvas que se articulan una con otra, adelante del púbis y sosteniéndose así perfectamente en su lugar, separan ámpliamente la herida de la laparotomía, alumbran todo lo posible la cavidad de la pelvis, y dan, por consecuencia, una gran facilidad para todas las maniobras requeridas en la histerectomía y demás operaciones intra-pélvicas.

Este instrumento permite utilizar las dos manos del ayudante del Cirujano y hace menos estorbosa su misión.

Continuemos ahora nuestro estudio primitivo:

Segundo tiempo de la laparotomia.—*Exploración de la pelvis.*—La mano introducida en la cavidad abdominal explora la masa del tumor, si existe; las relaciones viscerales de los ovarios y de las trompas; el número, dirección y naturaleza de las adherencias; la ausencia ó existencia de ganglios pélvicos infartados; en una palabra, procura obtener el máximum de datos con que debe terminar su estudio clínico y con los que realizará su juicio definitivo y último sobre el estado de la enferma, sobre el padecimiento que sufre y sobre las verdaderas y más racionales indicaciones que su tratamiento presenta.

Hasta el momento actual, el criterio del Cirujano ha podido ser incompleto ó ha sido susceptible de modificación; desde ahora se halla claro, se robustece y precisa; se funda, se amplía, y sin discusión ya, asienta casi inmutables reglas de conducta, señala las tendencias terapéuticas últimas y delinea vigorosamente todo el plan operatorio de la próxima faena.

Formular indicaciones definitivas no siempre es fácil en Cirugía. Aun en la realización del precepto fundamental "*primum non nocere*, cuántas dificultades, cuántas circunstancias imprevistas, cuánta obscuridad hay!

El temperamento personal del operador influye grandemente en estas indicaciones, y multitud de veces su timidez, su arrojo ó su ignorancia, traen sobre la vida de los pacientes episodios semejantes á catástrofes.

Yo he visto verdaderas iniquidades en manos de operadores ineptos, y causa horror la audacia de ciertos médicos que, sin principios ni aptitudes asientan y realizan indicaciones que sólo son del resorte de los verdaderos Cirujanos.[1] Otros, inversamente, víctimas de demoras y aniquilados por su timidez, ocasionan con sus faltas terapéuticas, desgracias semejantes á las de sus opositores.

Actualmente, en cirugía no hay ni timidez ni audacia: la existencia de reglas fijas y de principios bien adquiridos, ha constituído una serie de preceptos inalterables que guían siempre al operador y que dejan bastante poco á su iniciativa.

Ya no se toma el bisturí preparándose á incidentes repentinos ó á inesperados encuentros, sino en condiciones excepcionales. *Hoy se realiza una operación quirúrgica con la misma seguridad y con el mismo resultado cierto con que se realizaría una operación de matemáticas.*

Basta al Cirujano meditar tranquilo, posesionarse de su delicadísima misión y olvidar la sangre, olvidar la muerte, no pensar en el fracaso ó en el descrédito profesional, y juzgar sereno é imparcial el complicado problema de su operación.

Desde que se aproxima á la mesa de operaciones debe llevar la convicción de que su labor será feliz y de que su operación saldrá bien. Nada de dudas, nada de vacilaciones, nada de temores susceptibles de sugestionarlo.

1 ¡Cuán pocos son estos *verdaderos* Cirujanos! Increíble es el número de los que manejan bisturís y pinzas, sin poseer ni la más pequeña condición de un operador. . . . ¡Entre cuántos peligros la vida humana evoluciona!

CLINICA QUIRURGICA.

(La Histerectomia.)

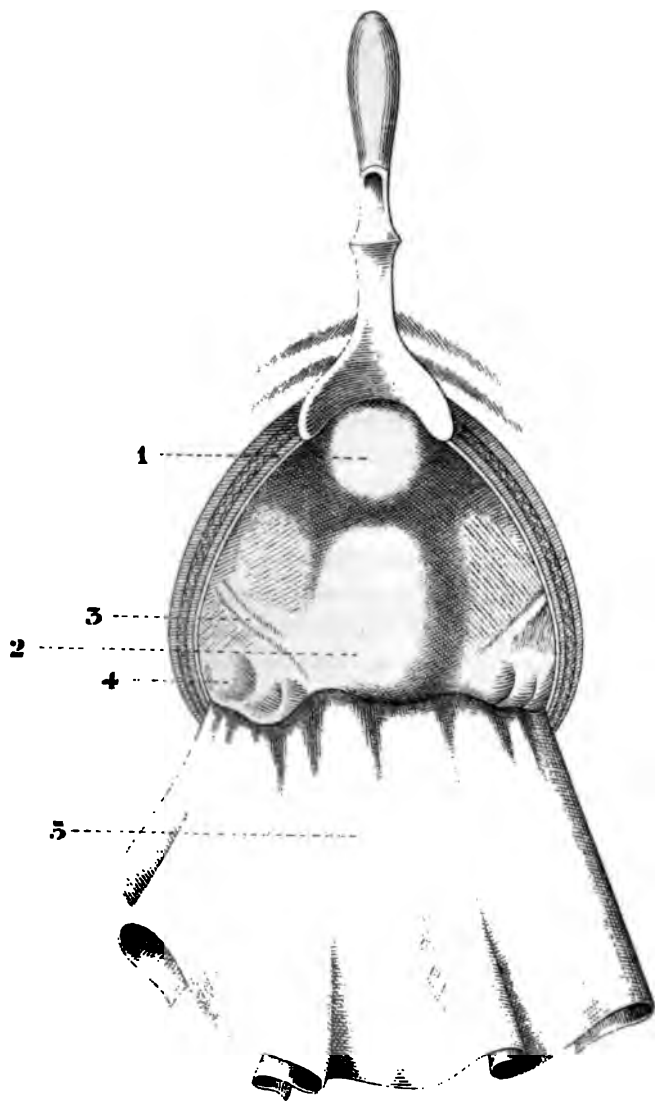


Fig. 61.—Histerectomia abdominal total, por el método de L. G. Richelot (Primer tiempo).

ga. II. Utero. III. Ligamento redondo. IV. Piosalpinx V. Compresas para proteger el intestino

Lit. del Timbre.

Dr. Suarez Gamboa

Y si en el curso de su operación sobreviene un accidente, si una complicación surge, tratará de conservar á toda costa el dominio sobre su cerebro, pensando con firmeza, trabajando con calma, y sea cual fuere la gravedad de ese accidente, siempre tendrá su mismo continente reposado y ademán sereno.

Nada impone tanto al personal en una operación, como la firmeza, sangre fría y habilidad del operador.

Sólo en los momentos de urgencia, cuando el peligro es grande, se reconocen el temple del carácter del Cirujano y la instrucción profunda que debe no solamente tener, sino *también saber manifestar.*

No todos los operadores interpretan igualmente las circunstancias ni conciben semejantemente las indicaciones, y de aquí confusiones y discursos más ó menos acalorados que no tienen razón ya en la práctica de las operaciones.

Considero buena práctica la que suelen seguir algunos Cirujanos, reuniendo las opiniones de sus colegas y discutiendo con ellos la oportunidad de tal ó cual indicación quirúrgica.

Creo aun más, que hay determinadas circunstancias en las cuales esta consulta está necesariamente indicada.

Pero desde el momento en que el operador se dedica á su tarea; desde que á las consideraciones teóricas suceden las maniobras de ejecución, nadie tiene derecho para interrumpir la atención del Cirujano con indicaciones sobre su labor, á excepción de aquellos maestros á quienes su larga experiencia y profunda instrucción les dan ese derecho.

La sublimidad del arte de la Cirugía es y será privilegio exclusivo de un número muy reducido de individuos.

Abierto ya el vientre, reconocido y estudiado directamente el útero y sus relaciones, se decide si la intervención continuará ó si se encuentra alguna esperanza de curación sin terapéutica mutilante.

Si este último caso se verifica, se limitará el Cirujano á cerrar el vientre y á instituir el tratamiento que juzgare conveniente.

Si la intervención debe continuar, tratará desde luego de extraer fuera de la cavidad el útero, y si esto no fuere posible, lo aislará del resto de los órganos abdominales por medio de compresas húmedas y calientes.

La colocación de las compresas requiere cierta atención, á fin de no comprender entre ellas y los tegumentos abdominales,

asas de intestino ó porciones de epiplóon, que tienen muchas tendencias á salir.

Si el útero ofrece algún tumor voluminoso y pocas adherencias, su extracción fuera de la pelvis suele ser sencilla. Pero cuando el tumor es pequeño, ó si voluminoso está enclavado en la pelvis, el empleo de ciertos instrumentos se hace indispensable.

Mi respetable maestro el Dr. FRANCISCO DE P. CHACÓN, atraviesa en una ó dos direcciones la masa uterina con una larga aguja cuya extremidad está embotada, y coloca con ella una ó dos asas de seda gruesa, que utiliza para hacer tracciones y levantar el útero. Esta maniobra es muy rápida y sencilla.

Yo he modificado esta maniobra, adaptando á la asa de seda un pequeño gancho metálico, que facilita mucho las tracciones. (Fig. 48.)

LAWSON-TAIT usa un tornillo con mango y DOYEN ha hecho construir una erigna helicoide, cuya utilidad alaba bastante. (Fig. 48.).

REVERDIN recomienda el empleo de su aparato de extracción fijo á una polea, y susceptible de desarrollar una gran cantidad de fuerza. (Fig. 48.)

He creído más sencillo, más fácil, y sobre todo más rápido, el empleo de la erigna que bajo mi dirección construyeron los Sres. ROEMER y Compañía.

Según se ve en la figura 47, esta erigna no es más que un gancho fuerte unido á un mango apropiado á la forma de la mano cerrada.

La extremidad del gancho no es aguzada, y permite penetrar en el tejido uterino sin temer que la punta, si sale por algún lugar, ocasione accidentes.

El gancho no es cilíndrico, sino que está formado por una lámina curva que mide un centímetro de anchura, aumentando así la zona de resistencia á los tejidos uterinos, y evitando la producción de desgarraduras.

Está construído con un metal susceptible de sufrir modificaciones en su curvatura y de ofrecer bastante resistencia á las tracciones. Según las necesidades del operador, la erigna puede hacerse más ó menos amplia y su extremidad tomar cualquiera dirección.

Por lo común, una sola erigna es susceptible de imprimir al útero tracciones en todos sentidos; pero podrían aplicarse dos ó más, cuando se desee combinar la dirección de las fuerzas.

TERCER TIEMPO DE LA LAPAROTOMIA.—*Adherencias.*—Las adherencias suaves y delgadas se desgarran fácilmente con los dedos. Cuando estos filamentos son resistentes y organizados, y sobre todo cuando se fijan sólidamente al intestino, hay que ser muy prudente en las maniobras. No se romperán estas bridas fibrosas sino con amplia luz y espacio, y por poco que parezcan vasculares ó voluminosas, se las cortará en medio de dos ligaduras previas. Cuando las adherencias pélvicas sean peligrosas ó difíciles de destruir, el operador no vacilará en ampliar la incisión abdominal, á fin de dar bastante luz á su campo operatorio y bastante comodidad á sus maniobras de disección.

Cuando el número de las adherencias sea muy grande ó cuando la naturaleza de ellas las haga excepcionalmente peligrosas, es preferible interrumpir y suspender la operación. Esto, sin embargo, suele no ser siempre posible, y el *Cirujano se ve comprometido á llevar hasta el fin la extracción del tumor, teniendo oportunidad de lucir sus facultades quirúrgicas* y *su habilidad manual.*

Cuando la disección de las adherencias sea *absolutamente imposible,*—☞ COSA MENOS FRECUENTE DE LO QUE SE DICE ☜—está el operador facultado para dejar en la pelvis pequeños fragmentos del tumor en cuestión, teniendo la precaución de modificar la superficie seccionada del fragmento, con el termo-cauterio.

CUARTO TIEMPO DE LA LAPAROTOMIA.—*Toilette del peritoneo.*—Una vez extirpado el útero, bien ligados los pedículos y bien suturados las desgarraduras y secciones peritoneales, se procede siempre al aseo de la serosa: esta maniobra se la conoce por *toilette del peritoneo.*

En los casos sencillos, esta *toilette* es ordinariamente muy rápida: bastan una ó dos compresas esterilizadas y calientes para obtenerla.

Pero cuando la hemorragia ha sido de importancia, y sobre todo, cuando ha habido derrame de substancias sépticas en el peritoneo, la *toilette* de éste se vuelve extremadamente importante.

Tapones asépticos ó antisépticos, *según las circunstancias,* de algodón bien exprimido, se introducen por medio de pinzas largas en los puntos en que ha podido acumularse el derrame peritoneal.

Siempre que se sospeche ó sea efectiva la contaminación séptica del peritoneo, se recurrirá á la canalización de la pelvis.

QUINTO TIEMPO DE LA LAPAROTOMIA.—*Canalización del peritoneo.*—La canalización profiláctica del peritoneo, puede hacerse por la vagina, por el abdomen ó por estas dos vías combinadas.

Fué KŒBERLÉ, quien en 1867 hizo el primero la canalización del peritoneo por medio de un tubo de cristal, largo como de 10 á 12 centímetros y ancho como de 3 á 5 centímetros.

La extremidad inferior del tubo, cribada de pequeños agujeros, se introducía en el fondo de Douglas; su extremidad superior salía por el ángulo inferior de la herida abdominal, pasaba al través de la curación y llegaba al exterior: se la cubría ligeramente con una pequeña capa de algodón absorbente. Para absorber los líquidos acumulados en la cánula, se la llenaba con tiras de gasa yodoformada que se renovaban frecuentemente.

A PEASLER le corresponde la prioridad de la canalización vaginal, que por primera vez ejecutó durante el año de 1855.

La canalización doble, por la vagina y por el abdomen á la vez, se ha vulgarizado mucho en estos últimos tiempos. Se emplean para ella tubos de caucho, de paredes muy gruesas, de 50 á 60 centímetros de longitud y de un centímetro de diámetro, aproximadamente. La manera más sencilla y fácil de pasar el tubo de la vagina al peritoneo ó viceversa, es perforar el fondo de Douglas con un trócar grueso, por cuya cánula se pasa después el tubo de caucho. La extremidad inferior de este tubo sale por la vulva y, ó bien se la rodea de algodón antiséptico, ó bien se la sumerge en un recipiente lleno de alguna solución antiséptica: la extremidad superior se fija con las suturas del ángulo inferior de la herida y se cubre con la curación. La parte intra-abdominal del tubo se criba de agujeros.

Este tubo permite no solamente la canalización de la pelvis, sino también el lavado del peritoneo, cuando sea menester. Las inyecciones del líquido lavador se hacen por el extremo superior y salen por el inferior: en ciertos casos se pueden pasar aun corrientes contínuas de líquidos débilmente antisépticos y calientes.

En los casos sencillos, cuando no temo la contaminación séptica del peritoneo, he aquí como procedo yo, para la canalización de la pelvis:

CLINICA QUIRURGICA.

(La Histerectomia.)

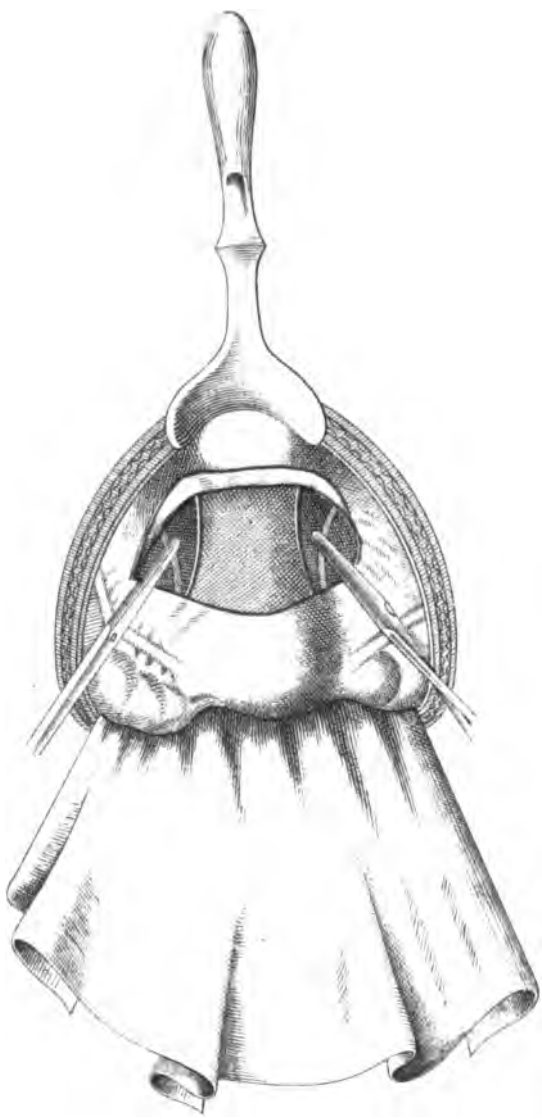


Fig. 62.—Histerectomía abdominal total, por el método de L. G. Richelot. (Segundo tiempo).

Lit. del Timbre. Dr. Suarez Gamboa

Al través del fondo vaginal posterior ó por la herida vaginal consecutiva á la histerectomía, coloco un tubo grueso de caucho, como de diez á quince centímetros de extensión, que penetra en el fondo de Douglas tres ó cuatro centímetros. El tercio superior del tubo, el que penetra parcialmente á la cavidad peritoneal, está perforado en sus paredes. En el interior del tubo coloco una mecha de gasa yodoformada, suavemente comprimida:[1] por la extremidad inferior ó vaginal, sale del tubo en una extensión como de un centímetro; por la extremidad superior ó abdominal, sale como en una extensión de tres centímetros. De este modo se obtiene una canalización capilar de corriente constante, y se asegura la protección del peritoneo respecto á los elementos exteriores de contaminación posible. Gran satisfacción me causa, en las operaciones del abdomen, ver seis ó diez horas después, las ropas de la cama de la operada humedecidas por el líquido que mi tubo porta-mecha extrae del vientre.

Pero cuando la operación ha sido muy prolongada, exponiéndose largo tiempo las vísceras á la acción del aire y de la luz; cuando el tumor extraído es muy voluminoso y puede ocasionar *hemorragias intra-vasculares* ó ascitis ex-vacuo; ó, finalmente, cuando durante la operación se contaminó el peritoneo con substancias sépticas, ó existía desde antes de ella la infección peritoneal, esta canalización capilar no es suficiente y se hace preciso procurar un desagüe abdominal más amplio. Si se ha hecho la histerectomía total, dejo abierta la vagina y me limito á colocar en su cavidad una tira de gasa yodoformada, suavemente puesta: si existen las inserciones útero-vaginales, perforo el fondo vaginal posterior y coloco en el Douglas dos tubos gruesos de caucho, forrados con gasa yodoformada.

Llama la atención que, no obstante la permanencia del corte vaginal completamente abierto, en las histerectomías totales, el intestino no tenga tendencias á introducirse en la cavidad de la vagina. Es posible que la vejiga dirigiéndose hacia atrás, apoye contra el recto los labios flácidos de la herida vaginal.

Algunos Cirujanos, al ejemplo de MIKULICZ, substituyen la canalización por tubos, con un taponamiento particular del peritoneo, que lleva el nombre de este autor.

Todo el mundo conoce la técnica de un "MIKULICZ" y no debemos ocuparnos de esto.

1 La gasa yodoformada queda en el tubo de caucho, á semejanza de la mecha de una lámpara de alcohol.

Hemos visto los conocimientos generales á toda histerectomía abdominal; pasemos ahora al estudio verdadero de la técnica operatoria.

A fin de ordenar nuestro estudio, comencemos por clasificar la operación:

MÉTODO DE HISTERECTOMÍA ABDOMINAL.

SUPRA-VAGINAL. **TOTAL.**

Extra-peritoneal, intra-peritoneal y mixta

I.—Histerectomía abdominal supra-vaginal.

Hemos visto que encierra á su vez tres procedimientos principales:

A. El extra-peritoneal,
B. El intra-peritoneal y
C. El mixto.

Véamoslos separadamente.

A.—Procedimientos extra-peritoneales.

TECNICA DE HEGAR.

La incisión se hace sobre la línea media, se abre la cavidad del peritoneo, se aisla el tumor—casi siempre fibro-mioma—de sus adherencias periféricas y se procede á su extracción fuera de la cavidad, siguiendo las reglas ya conocidas.

Una vez exteriorizado el tumor, se le reclina en un lecho de compresas asépticas y se procede á su aislamiento.

Desde luego, por medio de una sonda introducida en la vejiga, el operador se dará cuenta de las relaciones de este receptáculo

con el útero y con el tumor: si la vejiga sube mucho sobre el útero se la despegará suavemente, haciendo una incisión al peritoneo sobre el útero mismo, y se la alejará del campo operatorio y se protegerá con una valva si fuere menester.

Hay que proceder ahora á la liberación de los anexos y del útero, de sus inserciones con los ligamentos anchos.

Costumbre muy usada entre los operadores es la hemostasis preventiva de los vasos sanguíneos útero-anexiales, por medio de enormes pinzas de presión, de aparatos de *prodigiosa fuerza* ó de ligaduras en masa, cuya serie constituye una cadena más ó menos perfecta, en los ligamentos anchos. Esto siempre me ha repugnado, y considerándolo poco quirúrgico, lo reservo solamente para aquellos casos, felizmente raros, en los que la vascularización peri-uterina es realmente excepcional.

La aplicación de pinzas largas de forcipresión, á permanencia, es un mal procedimiento de hemostasis: además de los peligros de una hemorragia repentina, por desprendimiento de las pinzas, y de los riesgos que ofrece la gangrena de la zona comprimida entre ellas, presentan estas pinzas todos los accidentes de los cuerpos extraños peritoneales.

La ligadura en cadena prolonga mucho la operación por la dificultad de su ejecución, y ofrece el inconveniente grave de formar entre la línea de ligaduras y el plano de sección, una zona de tejidos sin circulación sanguínea, susceptibles de necrosarse y de infectarse.

Prefiero abandonar las ligaduras en masa, recurriendo á la oclusión directa de los vasos que sangran, por medio de ligaduras aisladas sobre ellos.

No veo la diferencia que tratan de hacer algunos Cirujanos de la hemostasis en la histerectomía con la hemostasis general en el resto de las operaciones quirúrgicas.

La ejecución de la ligadura en cadena puede presentar inconvenientes cuando el operador se aparta de ciertas reglas que solamente la práctica puede enseñarle.

Preciso es colocar la serie de ligaduras á un centímetro ó centímetro y medio distante de la línea calculada para el corte, pues de lo contrario se corre el peligro de desgarrar la serosa, de hacer incompleta la hemostasis ó de que caiga la ligadura.

De preferencia se practicará con seda fina, cuidando que las porciones comprendidas entre los nudos sean pequeñas.

El catgut es poco conveniente, pues que á su aseptisación dudosa reune el defecto de su higrometría y dilatabilidad.

Los nudos deben ser sólidos, y tan firmes y seguros como si cada eslabón de la cadena fuese una ligadura aislada.

Es una buena práctica ligar aisladamente sobre la superficie de sección las extremidades perceptibles de las arterias de cierto calibre.

Las figuras 49, 50 y 51, muestran de una manera suficientemente explícita, el procedimiento ordinario para la construcción de la ligadura en cadena.

He creído que la construcción de esta cadena podría simplificarse haciéndola más rápida y menos molesta.

La figura núm. 52 enseña la técnica de la ligadura que uso más comunmente.

He dicho ya que considero más útil y cómodo pasarse sin hemostasis preventiva en el mayor número de las histerectomías.

Unas tijeras rectas desprenden, en uno ó dos golpes, los anexos de los ligamentos anchos, y dos ó tres pinzas de hemostasis toman directamente los vasos que sangran y permiten colocarles pequeñas ligaduras con seda.

Con las mismas tijeras y cortando exactamente sobre el borde del útero, se dividen los ligamentos anchos desde su borde superior hasta el punto en que se desee.

La trompa y el ovario quedan unidos directamente al útero: el ligamento redondo se corta sobre su inserción uterina.

Solamente dos ó tres arterias pequeñas dan sangre si se ha tenido cuidado de ir seccionando sobre el borde uterino. Se ligan como los vasos anexiales.

Libre el útero de sus relaciones laterales, queda solamente fijo por la vagina y por los pliegues útero-sacros, útero-rectales y útero-vesicales.

Es aquí cuando la conducta del Cirujano varía según que sea su intención practicar la *histerectomía abdominal total*, la *histerectomía supra-vaginal intra-peritoneal*, ó la *histerectomía supra-vaginal extra-abdominal.*

Nosotros vamos á ejecutar la *histerectomía supra-vaginal extra-peritoneal, ó histerectomía de* HEGAR.

Se tiende, ahora, lo más posible la vagina haciendo tracciones

CLINICA QUIRURGICA.

(La Histerectomia.)

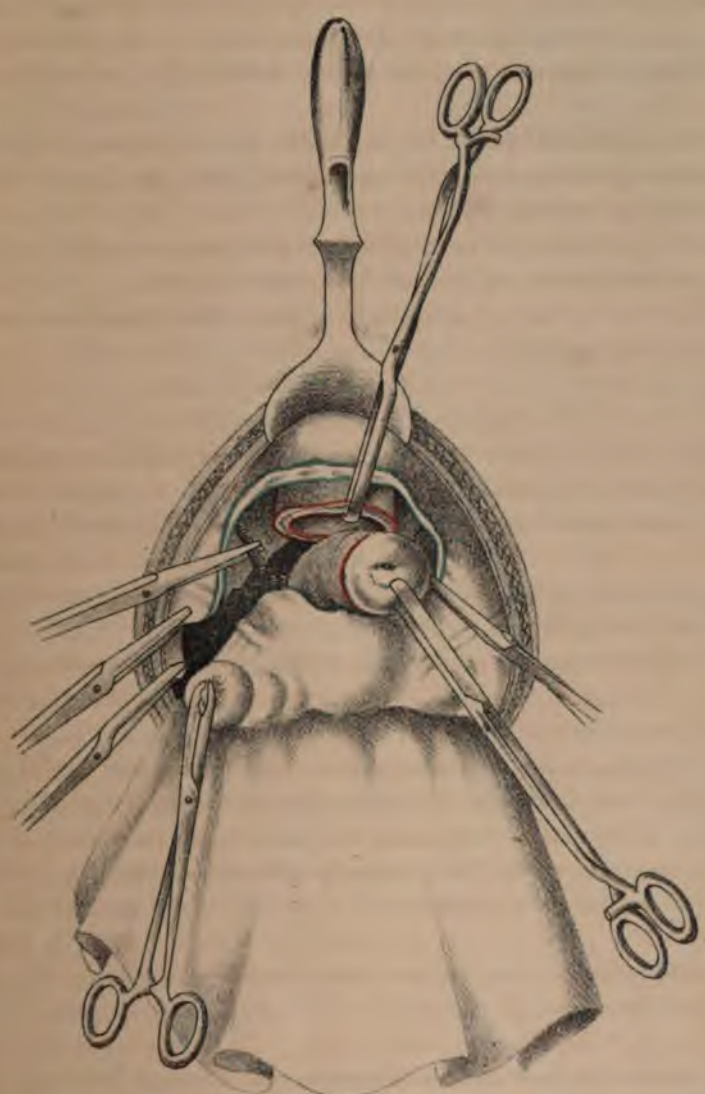


Fig. 63.—Histerectomía abdominal total, por el método de L. G. Richelot. (Tercer tiempo).

Lit. del Timbre.

Dr. Suarez Gamboa

suaves sobre el útero, y se aplica sobre las inserciones vagino-uterinas una ligadura hemostática que es costumbre ejecutar con un tubo elástico.

Multitud de aparatos curiosos se han ideado á fin de facilitar la aplicación y la permanencia de la ligadura elástica. Yo, en mis tendencias de simplificar el arsenal y las maniobras quirúrgicas, no uso ninguno.

Hé aquí cómo procedo. El tubo ó el hilo sólido elástico lo tiendo todo lo más posible, estirándolo fuertemente hacia su parte media. La parte más tensa la coloco sobre el útero en la parte posterior del segmento que se trata de ligar. El ayudante que sostiene el útero apoya fuertemente el órgano sobre la ligadura, á fin de evitar tracciones sobre la vagina.

Siempre estirando, doy toda la vuelta con el tubo sobre el útero, lo cruzo hacia adelante, lo paso de nuevo por atrás y anudo los extremos hacia adelante, siempre estirando. Una vez anudado el tubo, coloco una fuerte ligadura de seda sobre el nudo mismo. Una aguja fuerte y seda gruesa me permiten poner dos ligaduras más atravesando el cuerpo mismo del tubo, como se atravesaría un pedículo orgánico.

Cuando las tres ligaduras del tubo, la del nudo y las dos de arriba están sólidamente anudadas, aflojo la extensión y corto el exceso de tubo. La ligadura elástica se mantiene perfectamente apretada.

Sólo resta poner uno ó dos puntos de sutura entre las vueltas del tubo y el pedículo, hacia el lado externo, para abandonar tranquilamente la ligadura, sin temor de que se afloje ó deslice.

Una vez constituído el pedículo, procédase á cortar el útero dos ó tres centímetros arriba del tubo. El termo-cauterio destruye inmediatamente los restos de endo-metrio que se vean en el muñón.

Antes de desprender completamente el tumor, se fija el pedículo con una pinza de MUSSEAU, á fin de impedir que se hunda en la pelvis.

Algunos autores—y yo mismo acostumbraba en mis primeras histerectomías supra-vaginales,—acostumbran atravesar el pedículo, arriba de la ligadura elástica, con dos agujas largas en forma de cruz, con objeto de asegurar la situación extra-peritoneal del pedículo.

A ejemplo de mi maestro el Dr. FRANCISCO DE P. CHACÓN, he suprimido estas agujas que son incómodas, molestas, estorbosas y no siempre indispensables. (Fig. 72).

Extirpado el útero con todo y anexos, sólo queda revisar el peritoneo pélvico. Si se ha despegado la vejiga, se sutura cuidadosamente el colgajo peritoneal, que formaba el fondo vésico-uterino, sobre el pedículo vaginal.

Se cuida que el corte de los ligamentos anchos no ofrezca desigualdades ni desgarraduras, y en caso de tenerlas, se cubre todo el borde con una sutura en hilván con catgut muy fino.

La sutura del peritoneo parietal se comienza sobre el ángulo inferior de la herida, y al llegar al pedículo se continúa la sutura de uno y otro lado de él, entre el peritoneo parietal y el peritoneo pedicular. Es menester cuidar mucho de cerrar perfectamente la cavidad abdominal, muy particularmente sobre el borde pedicular, con objeto de evitar que los líquidos formados durante la necrosis del pedículo infecten la serosa peritoneal.

La unión de los bordes de la herida de los tegumentos no se hará completa sobre el muñón del pedículo, sino que dejando toda la parte en relación con él, libre, se facilitará la curación y desinfección rigurosa del fragmento pedicular necrosado.

Es buena costumbre tratar el pedículo con curación seca, cubriéndolo cuidadosamente con una capa de polvo hecho con yodoformo y tanino.

La sutura de la piel se hace con crín de Florencia. La seda tiene el inconveniente de ulcerar los tejidos, en cuanto duren algún tiempo puestos los puntos.

Nunca es por demás fijar el pedículo con uno ó dos puntos de sutura, con seda gruesa, sobre los bordes cutáneos de la herida, para evitar que la elasticidad misma de la vagina, los movimientos ó los esfuerzos de la operada,[1] hagan tracciones sobre la sutura pedículo-peritoneal.

La momificación del pedículo es completa y rápida con el uso del tanino. Por lo común, la primera curación dura diez ó doce días sin indicación de levantarla.

Pasado este tiempo, acostumbro retirar el tubo elástico; y las curaciones yodoformotánicas las prolongo hasta la caída completa del muñón momificado, en el vigésimo ó vigésimo quinto día. Si la caída del muñón se hace esperar, la apresuro extirpándolo con tijeras.

En su lugar queda una ulceración granulosa que cicatriza rápidamente.

Fístulas abdómino-cervicales suelen ser consecuencia de la cicatrización viciosa de esta ulceración.

1 Sobre todo, los esfuerzos durante los vómitos post-anestésicos.

B.—Procedimientos intra-peritoneales.

El *tratamiento intra-peritoneal del pedículo*, permitiendo la oclusión inmediata de la herida abdominal, suprime, por este hecho, una multitud de inconvenientes del método extra-peritoneal.

SCHRŒDER, el primero, dió una técnica operatoria para el tratamiento intra-peritoneal del pedículo: su procedimiento ha sufrido multitud de modificaciones en manos de MARTIN, LÉOPOLD, BALDY, VON ANTAL y de otros varios.

Describiremos primero el método de SCHRŒDER, y veremos luego el de la *ligadura elástica*, el de las *ligaduras parciales yuxtapuestas*, el de la *versión vaginal del pedículo* y los procedimientos *retro-peritoneales*, que están todos relacionados con el método intra-peritoneal del pedículo.

TECNICA DE SCHRŒDER.

La enferma se coloca en la *posición de Trendelenburg*, se hace la incisión sobre la línea media, se abre el vientre conforme á las reglas establecidas y se aíslan el útero y los anexos de sus relaciones con los ligamentos anchos, como en el procedimiento anterior.

Habiendo quedado el útero libre de sus inserciones ligamentosas laterales, queda sujeto por las conexiones vaginales y ligamentosas de su segmento inferior.

Este conjunto de tejidos, que constituirán el futuro pedículo, es ahora el objeto de la atención del cirujano.

Desde luego se procede á practicar su ligadura.

Por medio de una aguja, y sobre la inserción cervical de la vagina, se pasa un hilo doble de seda fuerte, al través del cuello uterino y precisamente en la parte media de lo que será el muñón pedicular.

Estos hilos se anudan á uno y otro lado de la circunferencia uterina, cuidando de enlazarlos con una ó dos torsiones, á fin de dividir la masa en dos partes, unidas por los mismos hilos de las ligaduras. Si se hace la ligadura con un solo hilo, se anuda según el método de BANTOCK ó el de LAWSON-TAIT.

Yo prefiero hacerla con dos hilos, dividiendo como queda dicho el pedículo en dos porciones unidas entre sí.

Una vez ligados fuertemente los hilos, las extremidades libres, tomadas con pinzas fuertes de forcipresión, servirán para continuar sosteniendo elevado el pedículo.

Es ahora cuando se practica la amputación del útero, á dos centímetros arriba de la ligadura.

Desde luego es menester evitar, rodeando el tumor de compresas, la caída de los líquidos sépticos encerrados en la cavidad uterina, sobre el peritoneo.

Desde que la sección del tumor se termina, la superficie del pedículo se hace convexa, y ofrece en el centro de la cúpula que constituye, el orificio circular correspondiente al corte del endometrio.

Con una cucharilla cortante se procederá inmediatamente á vaciar el interior mucoso del cervicis, y con el termo-cauterio se termina la destrucción total de esos tejidos siempre sépticos.

Procédese luego á practicar el vaciamiento conoide del pedículo, por medio del bisturí. Es menester no detenerse en este trabajo, sino hasta adelgazar suficientemente los bordes y permitir una sutura cuidadosa y fácil.

Antes de cerrar el muñón, tóquese toda la superficie interna con solución fénica al 5 por 100.

La sutura se hace con catgut comenzando desde el fondo y cuidando mucho el afrontamiento riguroso y exacto de las paredes. En la superficie de él, debe ser mayor aún el esmero de la sutura que se hace con catgut muy fino.

Una vez terminada la sutura del muñón se cortan los hilos de seda, que le sostenían elevado, muy cerca de los nudos, y el pedículo desaparece en el vientre, para ocupar su lugar definitivo.

Se practica una última inspección en la cavidad pélvica, se vigila que no queden desgarraduras peritoneales sin suturar, superficies sangrantes ó adherencias incompletamente tratadas y se procede á cerrar el vientre sin detenerse en la extracción de la pequeña cantidad de sangre que pudiese haber escurrido á la cavidad peritoneal, que seguramente ocasiona menos perjuicios que las maniobras de su extracción.

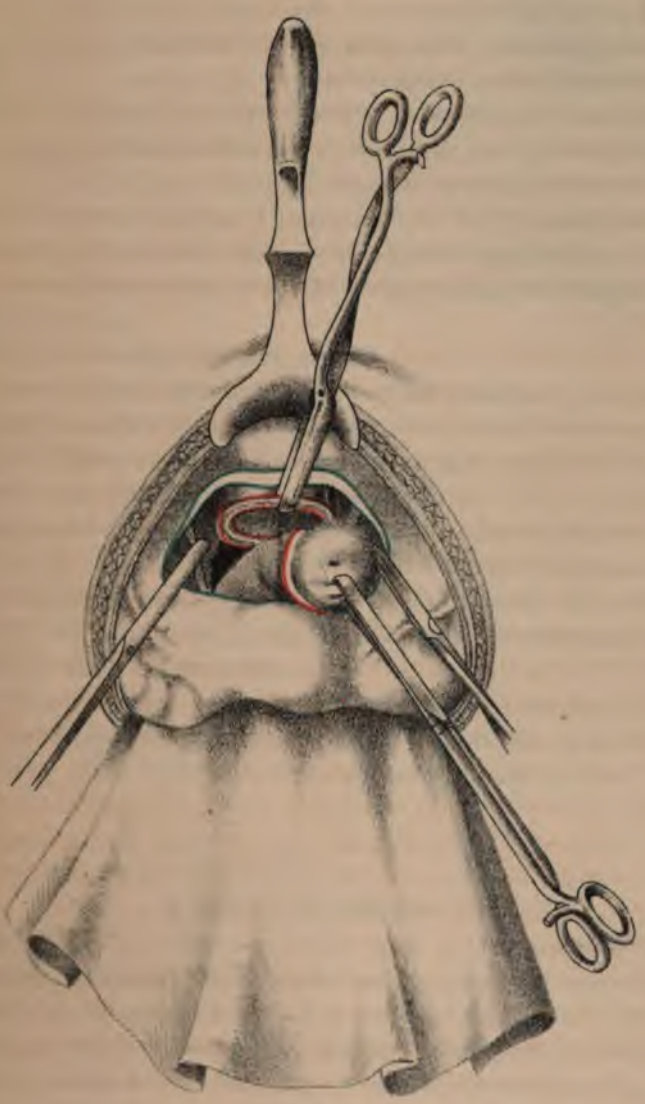


Fig. 64.—Histerectomía abdominal total, por el método de L. G. Richelot. (Cuar-
tiempo)

TECNICA DE OLSHAUSEN.

LIGADURA ELÁSTICA PERDIDA.— Aun cuando KLEBERG, el cirujano de Odessa, fué el inventor de la ligadura elástica y fué también el primero que redujo un muñón uterino alrededor del que había colocado una ligadura elástica, le corresponde á OLSHAUSEN el mérito de haber estudiado, descrito y metodizado el procedimiento nuevo que vulgarizó con sus escritos de 1881.

TERRILLON es un gran propagandista del procedimiento de OLSHAUSEN, y tiene razón cuando dice que es el procedimiento más rápido y sencillo de histerectomía abdominal supra-vaginal, con pedículo perdido.

He aquí la técnica de OLSHAUSEN:

Después de haber extraído el tumor del abdomen y colocado una ligadura elástica en su pedículo, secciona el tumor sobre la ligadura. TREUB emplea como ligadura una sonda de NELATON, números 11 á 13, de la hilera de CHARRIÈRE.

Los restos de la mucosa intra-cervical se destruyen con el termo-cauterio; se desinfecta la superficie de sección con una solución antiséptica fuerte, y se reduce en la cavidad del abdomen el muñón rodeado de su ligadura: la herida tegumentosa se cierra suturándola convenientemente.

POZZI aconseja con justicia, fijar en el ángulo inferior de la incisión abdominal las extremidades de la ligadura elástica, con objeto de poderla retirar cuando se considere oportuno.

TECNICA DE ZWEIFEL.

LIGADURAS PARCIALES YUXTA-PUESTAS.—La exteriorización abdominal del tumor es idéntica á la empleada en los procedimientos anteriores. Pero cuando el tumor tiene ligado el pedículo y se hace la sección de él, varía la técnica de ZWEIFEL de las anteriores, procediendo á la aplicación de sus ligaduras parciales yuxta-puestas. Las hace en el muñón pedicular, sobre la ligadura elástica, y comprenden todo el espesor de los tejidos. ZWEIFEL las coloca por medio de una aguja de REVERDIN y utiliza como hilo de sutura la seda.

Las ligaduras en número variable, según el espesor del muñón,

comprenden una porción de tejido uterino, como de un centímetro de espesor, y dividen el muñón en un gran número de segmentos pequeños: esto permite obtener una constricción suficiente para impedir toda hemorragia.

CHAPUT liga separadamente las dos arterias uterinas.

Cuando las ligaduras están bien colocadas y anudadas, se cubren con un colgajo peritoneo-muscular, que se ha tenido la precaución de tallar sobre la cara anterior del útero, antes de seccionar el pedículo. Se retira la ligadura elástica y se reduce el muñón.

ZWEIFEL no canaliza el peritoneo, sino en aquellos casos en que á pesar de la construcción de las suturas, se hace un escurrimiento tenaz por la superficie de reunión.

TECNICA DE BYFORD.

INVERSIÓN VAGINAL DEL PEDÍCULO.—BYFORD, ginecólogo de Chicago, pretendiendo remediar los accidentes que la presencia del muñón causa en la cavidad abdominal, recurre á la práctica siguiente:

Después de la ablación del tumor, separa la vejiga de la vagina é introduce el muñón uterino en el eje del canal vaginal, por medio de un tenaculum. Une, después, el peritoneo que viene de la vejiga, con el peritoneo de la cara posterior del pedículo invertido en la vagina.

Un clamp se aplica entonces por la vagina, sobre el pedículo uterino, y se deja hasta que el reblandecimiento de la escara permite su caída espontánea: esto tiene lugar del décimo al décimoquinto día de la operación.

TECNICA DE RICHELOT.

PROCEDIMIENTO RETRO-PERITONEAL.—La hemostasis del segmento superior de los ligamentos anchos se hace con seda. El tumor se liberta en sus caras laterales superiores, entre ligaduras en cadena ejecutadas con seda. El peritoneo, sobre la cara anterior del útero, se secciona transversalmente de un ligamento ancho al otro, á cinco ó seis centímetros arriba del pliegue

útero-vesical: si es menester hacer relieve en los límites de la vejiga, se introduce una sonda en su cavidad.

El labio inferior de la sección peritoneal, se diseca en una extensión de cinco á seis centímetros, según el espesor del futuro muñón que va á ser preciso cubrir. La ligadura elástica se coloca sobre el cuello uterino tan abajo como sea posible, y se amputa el tumor algunos centímetros arriba de ella. Se substituye el tubo elástico que comprime el pedículo, por una serie de ligaduras en masa, y se cauteriza al hierro rojo, toda la superficie seccionada del pedículo. El colgajo peritoneal anterior, disecado anteriormente, se abate sobre el pedículo y se sutura sobre su borde posterior, á modo de alejar la línea de suturas, de la cavidad del cuello.

TECNICA DE MILTON.

MILTON procede como RICHELOT; pero en vez de un colgajo peritoneal anterior, talla dos, desiguales: uno anterior y otro posterior; este último más grande que el primero. Además, no coloca ligadura elástica, sino que procede desde luego á la hemostasis definitiva hecha con seda.

TECNICA DE F. TERRIER.

El procedimiento que más comunmente utiliza TERRIER para la histerectomía supra-vaginal, lo divide en cuatro tiempos:

PRIMER TIEMPO.—Extracción del útero fuera de la cavidad abdominal y resección total de los anexos, estén ó no sanos.

SEGUNDO TIEMPO.—Construcción de un colgajo peritoneal ante-uterino, que se extienda de un pedículo ovárico al otro. Sobre la cara posterior del tumor, hace una incisión peritoneal transversa y despega la serosa del neoplasma.

TERCER TIEMPO.—Después de haber formado bien el colgajo peritoneal anterior y de haberle despegado de la cara respectiva del útero y aun de sus caras laterales, se buscan las arterias uterinas y se ligan lo más abajo posible. Algunas veces el volumen del tumor es tal, que hace difícil la investigación de estas arterias, y es preferible colocar transitoriamente unas pinzas largas de presión que serán reemplazadas por ligaduras cuando las ute-

rinas estén más al alcance del operador, una vez extirpado el tumor.

Cuarto tiempo.—Asegurada ya la hemostasis, se atacá el útero sobre su cuello y se le secciona transversalmente. La cavidad del cuello y el plano de sección del pedículo se cauterizan vigorosamente con el termo-cauterio.

Si hay pinzas sobre las uterinas, se substituyen por ligaduras convenientes: si en la superficie del muñón surge algún chorrito de sangre, se pellizca y liga el vaso que sangra.

Se practica la sutura del útero, apretando un poco los hilos, á fin de terminar completamente la hemostasis, y se suturan sobre el útero el corte de los dos peritoneos seccionados, el anterior y el posterior del tumor.

Terrier se preocupa en su técnica operatoria de dos puntos cardinales:

I. Aislar absolutamente la cavidad del cuello uterino de la cavidad peritoneal y aun del tejido celular comprendido entre las dos hojas de los ligamentos anchos.

II. Cerrar completamente por una sutura bien hecha toda la cavidad peritoneal, cuya superficie debe quedar lisa y bien unida.

TECNICA DE JULIAN VILLARREAL.

Abierto el abdomen y sacado el tumor fuera de la cavidad, si lleva los anexos consigo, se ve el estado que guardan y si es ó no necesario conservarlos, y así se ligarán los ligamentos anchos á partir de los cuernos uterinos, ó desde el ligamento infundíbulo-pélvico. La ligadura encadena á la Wallich, ó como se esté más acostumbrado, comprende de uno y otro lado los ligamentos anchos, lo más aproximado posible de los bordes del neoplasma, hasta su porción más inferior y accesible del mismo, quedando así las arterias uterinas ligadas á este nivel, las ováricas y funiculares, habiéndolo sido al comenzar las ligaduras. Los ligamentos anchos han sido seccionados á paso y medida de su ligadura, cogiendo con pinzas la porción adherente al tumor, para evitar la efusión de sangre, que por otra parte no es muy considerable, y en caso de urgencia pudiera dispensar de este pellizcamiento. Se corta luego el peritoneo alrededor del futuro muñón, encima de las uterinas ligadas, para formar un manguillo que se diseca con el dedo; en seguida se hiende el tumor como si

CLINICA QUIRURGICA.

(La Histerectomia.)

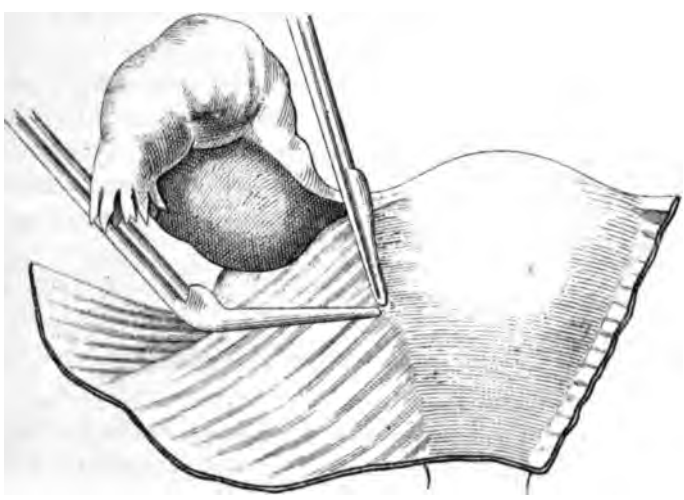


Fig. 65.—Histerectomía abdominal total. Procedimiento de Delagenière.

Lit. del Timbre.

Dr. Suarez Gamboa

se quisieran formar dos colgajos, uno anterior y otro posterior, de manera que su borde libre quede debajo de la sección peritoneal. El corte del tumor se hace rápidamente, no dando casi sangre la superficie de sección, que sólo recibe sangre de las arterias que nacen de la uterina al nivel del cuello del útero. Durante la extirpación, los dedos del ayudante y en seguida pinzas hemostáticas, detienen la sangre, que definitivamente queda estancada por hilos de seda ó catgut, como en un muñón del antebrazo ú otro.

La mucosa del cérvicis se reseca, y se suturan con catgut los bordes de la resección, usando hilos de catgut dispuestos á la LEMBERT, para asegurar la asepsia del pedículo, el que se sutura con puntos entrecortados de seda, pasados por la masa carnosa de la matriz sin tocar el peritoneo; según la extensión del muñón, se pondrán de cuatro á seis puntos, intercalando algunos de catgut si se considera necesario, pues los de seda es mejor emplearlos como de sostén. Se sutura por último el peritoneo con un surjete continuo, puntos LEMBERT, con seda ó catgut.

Las superficies del muñón así afrontadas y cubiertas, representan hasta cierto punto la matriz en su situación normal.

TECNICA DE RICARDO SUAREZ GAMBOA.

Aun cuando no soy partidario de los métodos parciales de histerectomía, he aquí cómo procedo en las pocas veces que he realizado esta operación:

Incisión abdominal media, en la posición de Trendelenburg; abertura del vientre y exteriorización del tumor.

Sin ligaduras previas separo los anexos en cada lado de sus inserciones ligamentosas, estén ó no enfermos, y coloco una ó dos ligaduras en los ramos seccionados de las arterias útero-ováricas; de igual modo separo el útero de sus inserciones laterales, hasta ligar las arterias uterinas directamente. El útero lo seccionó sobre las inserciones vaginales, formando un colgajo músculo-peritoneal anterior, de dimensiones variables, cuyo límite inferior corresponde al orificio del endometrio y cuya dirección desde este punto es transversal. La línea de sección representaría aproximadamente la forma de una letra L, con sus dos ramas ligeramente convexas y con el vértice del ángulo correspondiendo al orificio cervical.

Destruyo enérgicamente la superficie interna del endometrio con el termo-cauterio al rojo blanco; abato el colgajo anterior sobre la superficie del corte transversal, sosteniéndolo fijo por medio de algunas suturas profundas, con seda, y reuniendo el borde de unión mediante una sutura cuidadosa á la LEMBERT, interrumpida por puntos separados que comprenden el espesor del tejido propio del órgano.

Termino la operación con el afrontamiento y sutura sero-serosa de las dos hojas de los ligamentos anchos seccionados.

C.—Procedimientos mixtos.

Los procedimientos mixtos, combinación más ó menos feliz de los procedimientos anteriores, parecen deberse á la iniciativa de FREUND; pero fueron dos discípulos de BILLROTH, los que constituyeron y vulgarizaron el procedimiento que se conoce actualmente con ese nombre.

TECNICA DE WOLFLER Y HACKER.

Se amputa el tumor y se hacen las ligaduras y suturas por el método de SCHRŒDER, es decir, por planos sucesivos. Luego se deja descender el pedículo, hasta que su extremidad superior llegue al nivel de las capas profundas de la pared abdominal. Para fijarle en este lugar, se sutura sobre sus contornos el peritoneo parietal del vientre, y sobre su extremidad el espesor de los tegumentos abdominales: arriba y abajo del punto de implantación del muñón pedicular se cierra la incisión abdominal, como es de regla ordinaria.

La incisión de la pared del abdomen se puede dejar sin suturar en un punto que corresponda exactamente al de la inserción pedicular, á fin de hacer por esta abertura, la canalización del muñón.

11.—Histerectomía abdominal total.

TECNICA DE RICARDO SUAREZ GAMBOA.

Desde que la exploración directa de la enferma revela la necesidad absoluta del sacrificio total del útero, procedo inmediatamente á colocar en la vagina mi *sonda acanalada vaginal*, procurando que la curvatura de ella abrace el cuello uterino, por su cara posterior, y haga la ocupación neta del fondo vaginal correspondiente.

Mi atención se dirige, entonces, al estudio cuidadoso de los anexos uterinos: delicadamente procuro reconocerlos en su situación pélvica, tratando de exteriorizarlos por medio de tracciones muy suaves, directas sobre ellos, combinadas con movimientos de lateralidad del útero ó del tumor uterino.

Si salen libre y fácilmente, mejor, esto facilitará mucho la operación; pero si están quísticos, si ofrecen adherencias parietales ó viscerales peligrosas, la tarea del operador se complica y se ve precisado á desplegar toda su destreza y á ejercer toda su pericia.

Una vez libres los anexos y extraídos fuera de la cavidad pélvica, procedo á libertarlos de sus conexiones ligamentosas: sobre el ligamento ancho, á dos centímetros abajo del punto que corresponde al pabellón de la trompa, coloco por medio de una aguja *Reverdín*, una asa de seda gruesa, con extremidades muy largas que salen fuera del campo operatorio y que quedan unidas y fijas por una pinza de presión. El objeto de esta asa de seda, es facilitar el encuentro del límite externo de la incisión superior de los ligamentos anchos.

Cuando se ha sostenido así el ligamento ancho, con unas tijeras rectas se dividen, en uno ó varios golpes, los ligamentos del ovario, de la trompa y el ligamento redondo: el ovario y la trompa quedan unidos al útero por las inserciones tubarias, y completamente desprendidos del borde superior del ligamento ancho. En el corte de este último, se ven surgir dos ó tres chorritos de sangre, por lo regular solamente dos: con pinzas hemostáticas se toman estos ramúsculos de la arteria útero-ovárica y se ligan para no tener pinzas estorbosas en el campo de la operación.

De igual manera se desprenden los anexos del ligamento ancho

opuesto: en los casos sencillos, los anexos de ambos lados quedan separados de sus inserciones inferiores en unos cuantos minutos.

Queda el útero, con los ovarios y las trompas colgantes lateralmente: una ligera tracción sobre él extiende y aclara las inserciones de los ligamentos anchos en los bordes uterinos.

Con las mismas tijeras, *exactamente sobre el borde del útero*, se comienza de arriba hacia abajo el desprendimiento de los ligamentos anchos; un ayudante va tomando con pinzas de presión los vasos uterinos que sangran y las arteriolas divididas en los ligamentos.

En ciertos casos de fibromas muy voluminosos, la hemorragia que se produce en el plano de sección lateral, sobre el útero, puede ser de cierta importancia: entonces hay que proceder con rapidez al desprendimiento del ligamento ancho, colocando pinzas en las regiones muy sangrantes, hasta descubrir la arteria uterina que se toma y comprime con una pinza. Una vez comprimidas las arterias uterinas en los dos lados, la hemorragia del tumor disminuye y pueden retirarse bastantes pinzas, dejando únicamente las que cierran el corte de las gruesas venas del tumor: en el ligamento ancho, se reemplazan las pinzas por ligaduras definitivas.

Cuando se ha limpiado convenientemente el campo operatorio de los coágulos sanguíneos, de la sangre líquida y de las pinzas inútiles, se substituyen las pinzas que comprimen las arterias uterinas, por ligaduras de seda, á fin de asegurar la hemostasis definitiva.

Algunos autores de Ginecología proponen la desnudación de la arteria y su ligadura directa; pero yo en todas mis operaciones he ligado siempre el paquete uterino en masa, y nunca he observado accidentes.

La desinserción ligamentosa lateral debe llevarse hasta alcanzar una buena porción de la vagina: la ligadura de las arterias principales se hace, por consecuencia, muy abajo.

El útero está ahora enteramente libre, en sus regiones laterales y superior: queda retenido tan sólo por las inserciones de la vagina, por los ligamentos útero-sacros y útero-cisto-púbicos, y por los pliegues peritoneales vésico-uterino y recto-uterino ó de DOUGLAS.

Por medio de las erignas implantadas en el útero, se dirige éste fuertemente hacia arriba y hacia atrás, á modo de tender y aclarar bien el fondo peritoneal útero-vesical.

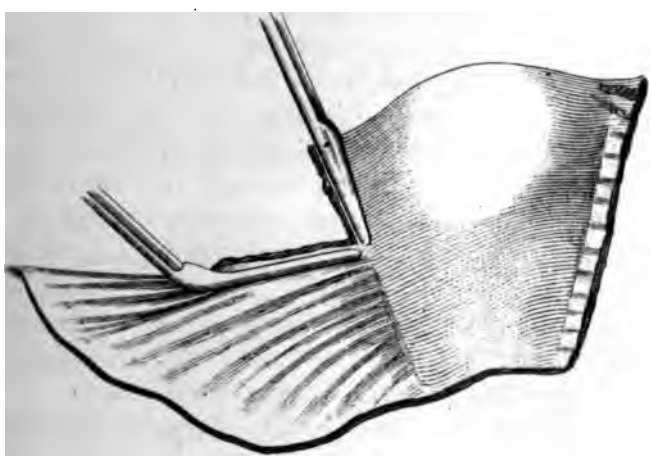


Fig. 66.—Histerectomía abdominal total. Procedimiento de Delagenière.

Lit del Timbre. Dr. Suarez Gamboa

Con el bisturí se comienza en la línea de la sección lateral izquierda—sobre el resto del peritoneo que queda en la cara anterior del útero, una vez dividido el ligamento ancho correspondiente,—una incisión ligeramente convexa hacia arriba, que se lleva hasta encontrar el borde de la sección del lado opuesto.

Esta incisión circunscribe un colgajo peritoneal anterior, que se diseca rápidamente, reforzándolo con pequeños fragmentos del tejido propio del órgano, hasta descubrir los límites de la vejiga: una vez descubierta ésta se despega suavemente de la vagina, descubriendo este órgano en una extensión como de tres centímetros.

Ahora, mediante las erignas, se lleva el útero fuertemente hacia adelante, apoyándolo sobre las compresas del pubis, á modo de descubrir y exponer bien la cara posterior del órgano: en esta cara se traza otro colgajo sero-muscular, análogo al anterior, procurando bajar la disección de él todo lo posible, para descubrir bien las inserciones vaginales posteriores.

Se trae el útero á su dirección y posición normales: con la sonda vaginal, colocada desde el principio de la operación en el fondo vaginal posterior, se estudian y hacen aclarar la situación y verdadero estado de las inserciones vagino-uterinas. A un centímetro abajo de ellas, en todo el contorno de la vagina, y guiándose sobre la ranura externa de la sonda vaginal, se coloca en el conducto una sutura circular, hecha con seda y susceptible de fruncirse y apretar la vagina en un momento dado: es una verdadera *sutura en bolsa ó en jareta*. Las extremidades libres de la seda de esta sutura, que no se anudan inmediatamente, se toman con una pinza y contribuyen al sostenimiento elevado de la vagina.

Ahora, sobre la ranura superior de la sonda vaginal, exactamente sobre las inserciones uterinas de la vagina, es decir, á un centímetro arriba de la sutura en bolsa colocada ya, se perfora con tijeras el fondo vaginal anterior: se descubre la sonda vaginal, se aprovecha su ranura superior para guiar la lámina de las tijeras curvas, y siempre rasando la superficie uterina se desinserta circularmente el útero de la vagina, y se extrae el órgano fijo en las erignas, mientras la vagina queda sujeta y tensa por los hilos de su sutura circular. La sonda vaginal se retira por la vulva. Se hace rápidamente la *toilette* del peritoneo pélvico, y se decide si hay que canalizar ó no la cavidad abdominal. En este último caso se anudan los hilos vaginales, se aprieta la sutura y se cierra la vagina, frunciéndola. Si hay que canalizar, se coloca el tubo en el eje del corte vaginal, y sobre él se frunce la

vagina suavemente. Si la canalización ha de ser muy amplia, se corta y retira la sutura en bolsa y se deja la vagina abierta en toda su amplitud.

Para continuar mi descripción, supongamos que no hay necesidad de canalizar la pelvis.

En este caso, como dije ya, se anuda la sutura, frunciendo la vagina, y se obtiene un pequeño muñón cuyas dimensiones varían de dos centímetros á dos centímetros y medio. Al formar este muñón, la sutura hace la hemostasis completa del corte vaginal. Se reducen las dimensiones de este muñón de la vagina, suturando sus bordes, uno con otro, con catgut fino.

Sobre este muñón se abate el colgajo peritoneal anterior y se levanta el posterior, cubriendo bien toda su superficie con esta serosa que se sutura á la LEMBERT. Si es menester, se recortan con tijeras estos colgajos, dejándoles las dimensiones exactamente indispensables para cubrir bien el muñón vaginal, *que debe quedar absolutamente excluído de la cavidad abdominal.*

Para terminar, utilizando las sedas que marcan el extremo de las incisiones de los ligamentos anchos, colocadas desde el principio de la operación, se reunen cuidadosamente las hojas anterior y posterior de los ligamentos anchos, por medio de una sutura fina de LEMBERT.

Cuando los ligamentos redondos lo permiten, se unen por medio de suturas al muñón vaginal, cubierto ya de serosa, constituyendo una verdadera *colpopexia ligamentosa.*

La superficie peritoneal debe quedar enteramente lisa y sin ninguna solución de continuidad, ni fruncimientos marcados en las líneas de suturas.

Se retiran todas las asas de seda que han servido de sostén y de guía, y se cierra convenientemente el abdomen.

TECNICA DE DOYEN.

La enferma en la posición de TRENDELENBURG. Se abre la cavidad abdominal sobre la línea media, en la extensión conveniente.

Una erigna helicoide del autor, se implanta sobre el fondo del útero y se tira hacia afuera de la cavidad, reclinándolo si los ligamentos lo permiten, sobre un lecho de compresas colocadas en el pubis.

Compresas colocadas en el estrecho superior y sobre los flancos,

evitan, tanto la salida de las asas intestinales, cuanto la contaminación del peritoneo con el moco ó líquidos uterinos.

Una larga pinza curva se introduce en la vagina por un ayudante, á modo de hacer relieve en el fondo vaginal posterior y una asa de seda fuerte se pasa abajo del punto designado para abrir la vagina.

Este hilo será muy útil al fin de la operación, para tirar hacia arriba los labios del corte vaginal, facilitando la colocación de las suturas.

El fondo de Douglas se corta longitudinalmente sobre el relieve de la pinza, y la extremidad de ésta, impulsada por el ayudante, aparece bien pronto en la cavidad peritoneal.

La abertura completa de la pinza amplía, desgarrando, la herida vaginal, y al través de ésta se toma el cuello uterino con una pinza erigna especial del autor.

Haciendo tracciones sobre el cuello hacia arriba y cortando con tijeras las inserciones útero-vaginales, se liberta completa y rápidamente el útero de sus conexiones inferiores.

El órgano queda sujeto solamente por los ligamentos anchos, de los cuales se desprende rápidamente á golpes de tijeras.

Las arterias que dan sangre se toman con pinzas hemostáticas y se ligan.

Los anexos se pediculizan y resecan á derecha é izquierda.

Los bordes de la sección vaginal se tiran hacia arriba, merced al hilo de seda colocado en el fondo posterior, y se reunen por puntos de sutura.

El corte del peritoneo se reune por una sutura circular en bolsa, y se fijan sobre él los muñones consecutivos al corte de los anexos.

TECNICA DE L. G. RICHELOT.

La enferma se coloca en la posición de TRENDELENBURG, el cirujano á su izquierda, y el vientre se abre según es usado.

Descubierto el útero, se aísla del resto de los órganos pélvicos por medio de compresas que sostienen y protegen las asas intestinales.

Una pinza de tracción ase y permite tirar hacia arriba el fondo uterino; mientras una valva ancha, colocada hacia el pubis, abre el ángulo inferior de la herida abdominal y facilita el alumbrado de la pelvis.

Por medio de una incisión que parte del ligamento ancho izquierdo hacia el derecho, se talla sobre la cara anterior del útero un colgajo peritoneal, tratando de evitar la lesión de la vejiga.

El dedo despega este colgajo peritoneal anterior, y levanta la vejiga hasta descubrir todo el segmento inferior del útero y las inserciones anteriores de la vagina.

En el tejido celular peri-metrítico se ven y se sienten latir las arterias uterinas.

Se trata ahora de atacar el útero de abajo hacia arriba.

Comiéncese, asegurando la hemostasis de las uterinas, por medio de pinzas ó de ligaduras.

El fondo vaginal anterior se abre con tijeras, se toma el cuello uterino con pinzas adecuadas, y lentamente se dividen todas las inserciones cervicales de la vagina.

Como quiera que el corte vaginal posterior sangra mucho, suele hacerse menester la aplicación de dos ó tres pinzas largas de hemostasis.

Los ligamentos anchos se cortan de abajo hacia arriba, y se extraen en conjunto el útero y los anexos.

Si el peritoneo ha sido suficientemente protegido, y no ha habido escurrimiento sospechoso, se hace la oclusión de la vagina, mediante algunos puntos de sutura con catgut.

Se cuida de ligar convenientemente los vasos divididos en los ligamentos anchos, de suturar cualquiera desgarradura peritoneal, y la línea de suturas vaginales se cubre con el colgajo peritoneal útero-vesical, que se sutura con la serosa vagino-rectal.

El autor mismo confiesa que ha usado su método un número pequeño de veces y que espera los resultados de la estadística.

TECNICA DE DELAGENIÈRE.

La enferma se coloca en el plano inclinado de TRENDELENBURG: la pared abdominal se divide y los anexos se libertan de sus adherencias si existen.

Una vez libres los anexos, se resecan entre dos pinzas colocadas como lo indican las figuras 65 y 66. Estas pinzas permanecen fijas: se procede inmediatamente á quitar el útero.

Sobre las caras anterior y posterior de este órgano, se trazan dos incisiones sobre el peritoneo uterino que unen las extremidades de las pinzas colocadas anteriormente bajo los anexos. (Fi-

CLINICA QUIRURGICA.

(La Histerectomia.)

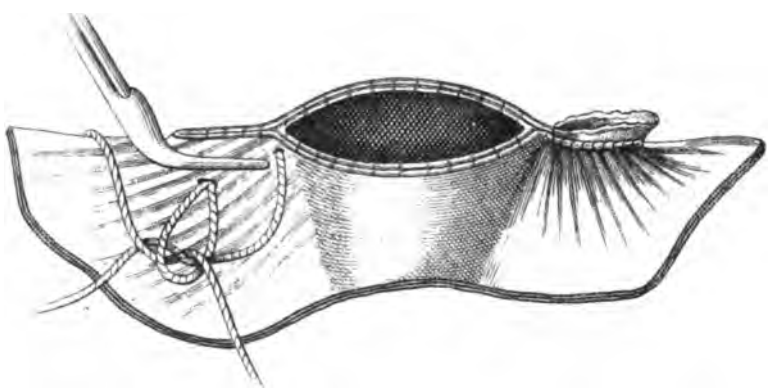


Fig. 67.--Histerectomía abdominal total. Procedimiento de Delagenière.

Lit. del Timbre.

Dr. Suarez Gamboa

gura 66.) Esta incisión debe hacerse hacia adelante, algunos centímetros arriba del fondo peritoneal vésico-uterino. Disecando el peritoneo hacia adelante y hacia atrás, se obtiene una especie de bolsa serosa cuyo fondo corresponde á la extremidad superior de la vagina y que por sus bordes se continúa con los pliegues de los ligamentos anchos. Los bordes de esta bolsa peritoneal se fijan por medio de pinzas.

El fondo vaginal posterior se abre, y por esta abertura se desinserta la vagina en todo el contorno del cuello.

Sobre cada arteria uterina se colocan ligaduras; lo mismo el pedículo útero-ovárico se liga abajo de la pinza horizontal. (Figura 67.) La bolsa peritoneal se cierra por medio de una sutura, salvo indicaciones especiales de canalización. (Figura 68.)

TECNICA DE KELLY.

Bajo el nombre de *procedimiento americano*, describe SEGOND el siguiente: La enferma se coloca en el plano inclinado, el cirujano á su derecha; la pared abdominal se abre, y sin preocuparse por el tumor que llena la pequeña pelvis, se buscará inmediatamente el borde superior del ligamento ancho izquierdo hacia afuera de los anexos.

Una vez descubierto éste, se liga la arteria útero-ovárica hacia afuera de los anexos. Todo el ligamento ancho correspondiente se corta hasta encontrar la arteria uterina, que se liga. (Figuras 69 y 71.) Se desprenden las conexiones de la vagina con el cuello del útero y se procede á seccionar el ligamento ancho derecho comenzando por su base. (Figura 70.) Las arterias que sangran se ligan y las superficies peritoneales seccionadas se reunen por una sutura.

Este método esencialmente sencillo, es muy usado por POLK, KRUG, EASTMANN, BOLDT, EDEBOHLS, KELLY y otros cirujanos de Norte América.

TECNICA DE CHROBAK.

No obstante que en el pedículo vaginal queda comprendida una pequeña porción del cuello, merece describirse como total la histerectomía de CHROBAK.

Todos los tiempos operatorios, hasta descubrir los órganos genitales internos, son comunes á las otras intervenciones abdominales sobre el útero.

CHROBAK comienza ligando los ligamentos anchos y seccionándolos hasta el límite de sus inserciones vaginales.

En las caras anterior y posterior del útero, desprende dos colgajos peritoneales bastante anchos, que despega hasta las inserciones vaginales del cuello.

El útero se amputa entonces en su totalidad, exceptuando una pequeña fracción del cuello, que corresponde á la implantación de la vagina.

La cavidad cervical y la superficie de sección se cauterizan enérgicamente con el termo-cauterio y se canaliza la cavidad del cuello con una mecha de gasa yodoformada.

Los muñones de los ligamentos anchos se suturan entre sí por encima del fragmento cervical y el todo se cubre á su vez con los colgajos peritoneales, tallados anteriormente.

El muñón y las suturas ligamentosas, se encuentran cubiertas por una superficie peritoneal sana, que evita los temores de infección por las suturas.

TECNICA DE BAER.

Muy semejante á la anterior.

BAER practica la sutura en cadena de los ligamentos anchos y los secciona entre la ligadura y una pinza larga colocada rasando el útero. Hecho esto, corta el peritoneo circularmente á un centímetro distante del pliegue vísico-uterino. Despega el peritoneo adelante y atrás, hasta descubrir el cuello, y liga las arterias uterinas en la base de los ligamentos anchos. Corta el útero lo más abajo posible y cubre el muñón cervical, suturado sobre él, el peritoneo.

Este procedimiento recuerda en sus puntos principales el de CHROBAK

TECNICA DE TERRIER.

Posición de Trendelenburg.—Se tira el útero hacia arriba y se exterioriza, sea por medio de fuertes pinzas dentadas, sea por medio del tirabuzón de H. DELAGENIÈRE, ó por medio de mi erig-

na especial, que es muy cómoda y que no estorba de ninguna manera las maniobras subsecuentes.

Ligadura en cada lado de los anexos, por medio de un hilo doble: uno de los nudos queda sobre el útero, el otro sobre el pedículo útero-ovárico. En algunos casos, para impedir el deslizamiento de los nudos, TERRIER hace tres: uno sobre el pedículo uterino y dos sobre el anexial.

Se corta entre las dos ligaduras y se resecan los anexos: trompa y ovario.

En los casos de lesiones anexiales: quistes, salpingitis pioquísticas ó no, hemosalpinx, etc., el primer tiempo debe ser absolutamente idéntico al de una operación de ooforo-salpinguectomía doble, presentando ó no las lesiones que motivan la intervención, adherencias al fondo de Douglas y á la cara posterior del útero.

El *segundo tiempo* consiste en tallar un colgajo convexo hacia arriba y terminando lateralmente sobre los muñones de los pedículos útero-anexiales ya ligados.

Comunmente es tarea fácil la talla de este colgajo que, en su marcha progresiva, permite aislar la vejiga y descubrir las arterias uterinas en las regiones laterales del cuello uterino.

Tercer tiempo.—El colgajo anterior bien despegado y sostenido con pinzas de presión, TERRIER ataca el útero después de haber asegurado la hemostasis, sea con pinzas hemostáticas fuertes, colocadas lateralmente sobre las arterias uterinas, sea, lo que es preferible, después de haber descubierto, aislado y ligado convenientemente el tronco del vaso principal del útero.

TERRIER corta entonces con el bisturí la porción supra-vaginal del útero, para darse espacio y poder terminar cómodamente la operación. Si hay pequeños vasos que sangren, coloca pinzas de KOCHER.

En el *cuarto tiempo* abre los fondos vaginales comenzando hacia adelante, guiándose por una pinza curva larga, colocada en el canal vaginal, que al separar sus ramas, hace un surco útil para la incisión. Antes de introducir esta pinza-guía en la vagina, se ha tenido cuidado de tomar el muñón uterino por medio de una pinza fuerte de RICHELOT, que permite dirigirlo hacia arriba.

El cuello desinsertado hacia adelante, hacia los lados y luego hacia atrás, se extrae como un verdadero tumor. Si hay vasos vaginales abiertos, se toman con pinzas, y no se ligan sino los más voluminosos.

Luego procede TERRIER á suturar la vagina, cerrando absolutamente su cavidad, aplicando el borde anterior de la sección contra el borde posterior, mediante una sutura cuidadosa, sea en hilván, sea entrecortada. Una vez cerrada la vagina, se suturan por medio de un hilván dirigido de un pedículo ovárico al otro, el ligamento ancho de un lado, el colgajo peritoneal anterior, que se une con el peritoneo del fondo recto-vaginal, y por último, el ligamento ancho del lado opuesto.

Se cierra, como es debido, la cavidad abdominal.

TECNICA DE PEAN.

PRIMER TIEMPO.—Incisión sobre la línea media, abertura de la cavidad abdominal y destrucción de las adherencias, si existen.

SEGUNDO TIEMPO.—PEAN atraviesa el tumor uterino con un trócar curvo, con mango, construido especialmente para este objeto y que le permite tirar hacia afuera el útero y su tumor.

TERCER TIEMPO.—Corta el ligamento ancho izquierdo, liga las ramas de la arteria útero-ovárica.

CUARTO TIEMPO.—Introduce una sonda en la vejiga y un dedo en el recto para guiarse, y mientras que un ayudante comprime entre sus dedos los ligamentos anchos y otro hace bascular el fondo del útero hacia la derecha y hacia atrás, desprende el peritoneo y la vejiga que cubren el cuello uterino sobre la cara anterior, y abre el fondo vaginal correspondiente con un bisturí.

QUINTO TIEMPO.—Por esta abertura PEAN introduce una aguja armada con un hilo metálico doble, resistente, que pasa al través del fondo de la vagina, contorneando el cuello de adelante hacia atrás, pasa abajo de la arteria uterina derecha y sale por la línea media, abajo del peritoneo que separa el cuello de la cara anterior del recto: retira después la aguja dejando colocado el hilo doble, y corta el asa de este hilo, á fin de obtener dos hilos separados, bien que reunidos.

SEXTO TIEMPO.—Tomando las extremidades libres del hilo izquierdo, PEAN liga la base del ligamento ancho izquierdo, de modo que asegure una buena hemostasis.

SÉPTIMO TIEMPO.—Confía el útero á un ayudante, quien lo hace bascular, mientras que PEAN corta transversalmente, de izquierda á derecha, el fondo de la vagina y la arteria, que liga. Aprieta el hilo que está colocado al pie del ligamento ancho derecho y le

CLINICA QUIRURGICA.

(La Histerectomia.)

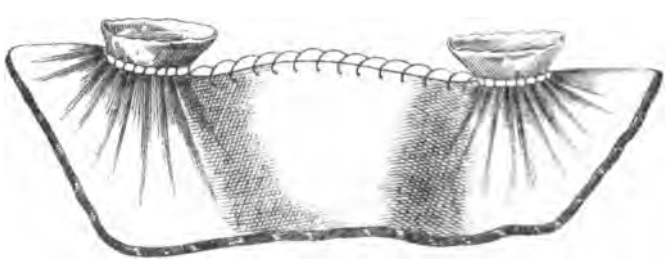


Fig. 68.—Histerectomía abdominal total. Procedimiento de Delagenière.

LIT. DEL TIMBRE.

DR. SUAREZ GAMBOA

desprende de abajo hacia arriba de sus conecciones uterinas, cortando precisamente entre la ligadura metálica y el cuerpo del útero.

Octavo tiempo.—Una vez extraído el útero, cauteriza Pean la superficie de sección de los ligamentos anchos con el termo-cauterio, aprieta aun más las ligaduras metálicas de los ligamentos cauterizados, tuerce las extremidades y corta arriba del nudo de torsión. Aproxima la una hacia la otra las dos superficies de sección ligamentosa y las sutura así reunidas. Hace la *toilette* del peritoneo.

Noveno tiempo.—Cierra la herida abdominal por medio de suturas metálicas.

TECNICA DE TH. JONNESCO.

Primer tiempo.—Laparotomía en la posición de Trendelenburg y aislamiento de los órganos abdominales, por medio de compresas asépticas.

Segundo tiempo.—Exploración de la pelvis. Destrucción de las adherencias.

Tercer tiempo.—Si el útero es pequeño, se aplica sobre su fondo una pinza de Musseux, que se confía á un ayudante, el cual por tracciones suaves y sucesivas trae el órgano junto con sus anexos, hasta el nivel de la herida abdominal; si el útero es voluminoso, la tracción no es necesaria, pues por su propio peso el útero salido del vientre tiende sus ligamentos. Se comienza el aislamiento de los anexos por el lado izquierdo, es decir, por el correspondiente al operador. Bajo cada uno de los dos paquetes vasculares, pedículo anexial y ligamento redondo, se pasa con la aguja de Cooper un hilo de seda doble y se hacen dos ligaduras para practicar la sección entre ellas. La misma maniobra se repite del lado derecho. Se halla entonces el operador en presencia del útero con sus anexos adheridos lateralmente, y éstos aislados de sus conexiones pélvicas, sin que durante el acto operatorio se haya derramado ninguna cantidad de sangre.

Cuarto tiempo.—Incisión del fondo peritoneal vésico-uterino. Desprendimiento de la vejiga. Abertura del fondo vaginal anterior. Pellizcamiento y luxación del cuello uterino. Aislamiento, ligadura y sección de las arterias uterinas. Circuncisión del cuello del útero. Después de haber cortado transversalmente y sin

conductor el fondo peritoneal vésico-uterino, se despega la vejiga del útero y de la vagina con el dedo; ó si las adherencias son muy íntimas, con tijeras curvas, siguiendo exactamente la pared uterina para evitar la ruptura de la vejiga; las arteriolas vesicales abiertas no exigen hemostasis. Después se abre el fondo vaginal anterior al nivel del cuello uterino, fácil de determinar por la palpación entre el pulgar y el índice izquierdos. Una pinza de MUSSEUX se aplica sobre el labio anterior del cuello, que el ayudante tira hacia arriba y luxa hacia adelante.

De cada lado del cuello se despega, con la pinza de disección y una sonda acanalada, la hoja peritoneal anterior del ligamento ancho, en una dirección oblicua hacia abajo y adelante y se perciben en el tejido celular subperitoneal, flanqueando el cuello del útero, las arterias uterinas, flexuosas, latiendo y á menudo muy voluminosas. Se les aísla de las venas que las acompañan, y á uno y medio ó dos centímetros afuera del borde uterino, es decir, antes de haber encontrado las ramas vaginales y vesicales, se ligan las arterias y se las secciona entre dos ligaduras. Por lo común no se ve el uréter; mas si apareciese, se le separa fácilmente, sin exponerle al peligro de ser herido ó ligado. Después de haber ligado y seccionado las dos arterias uterinas, se termina la amputación del útero, cortando la vagina en todo el contorno de sus inserciones uterinas, laterales y posteriores. La pieza extraída está formada por el útero, cuyo cuello disecado presenta un pequeño collar correspondiente á las inserciones vaginales y de cuyos cuernos laterales penden flácidos ambos anexos.

QUINTO TIEMPO.—Tratamiento subperitoneal del pedículo; oclusión del piso pélvico peritoneal y sutura del borde seccionado de la vagina. Con una sutura en hilván, hecha con catgut ó seda, se cierra el peritoneo pélvico de izquierda á derecha. Los pedículos anexiales se colocan bajo el peritoneo: éste se sutura á la manera de LEMBERT. El orificio vaginal se cierra si la operación ha sido aséptica, ó se deja abierto para permitir la canalización de la pelvis por la vagina, si el contenido de los anexos supurados se ha derramado en la pelvis.

SEXTO TIEMPO.—Oclusión de la cavidad abdominal haciendo la sutura en cuatro planos: uno peritoneal, otro músculo-aponeurótico, un tercero subcutáneo y el último intradérmico.

II

METODO DE HISTERECTOMIA VAGINAL.

Diariamente parece disminuir la práctica de la histerectomía por la vagina.

El procedimiento vaginal que en un tiempo fuera cuna de la histerectomía, hoy cede su puesto al abdominal.

Sin embargo, no desmerece la bondad de él en ciertas indicaciones, y aquí, como en todo punto de terapéutica quirúrgica, pueden hallarse notables ventajas, siempre que se realicen las verdaderas indicaciones y se conozcan las técnicas de los procedimientos en sus numerosos detalles.

La extirpación del útero por la vagina es una operación sencilla y rápida, cuando el útero es poco voluminoso y sus adherencias orgánicas inflamatorias suaves.

Puede transformarse en una operación laboriosa y difícil en casos contrarios, y el cirujano no debe nunca olvidar los tropiezos y vicisitudes de ella.

TECNICA.

La enferma se coloca en la posición dorso-sacra, los muslos levantados y en aducción, una valva ancha y corta deprime la horquilla y facilita el acceso de la luz á la vagina,

El cuello se fija con pinzas de tracción y se abate todo lo posible. Suele suceder que el tejido cervical esté quebradizo y blando y no resista las tracciones de las pinzas: colóquense varias en los labios anterior y posterior, úsense las de ancha superficie de presión, ó tómese el cuello en conjunto con una de varios dientes.

Puede facilitarse el descenso del órgano haciendo presiones sobre su fondo, al través de las paredes abdominales.

PRIMER TIEMPO DE LA HISTERECTOMIA VAGINAL.—El cuello fuertemente dirigido hacia adelante, tiende el fondo vaginal posterior, que se divide lo más cerca posible de sus inserciones uterinas.

Rápidamente se llega al fondo de Douglas, que se perfora con

el dedo, con tijeras ó con el mismo bisturí. Cierta cantidad de serosidad peritoneal escurre regularmente al perforar el peritoneo.

La extremidad de una pinza larga de RICHELOT, se introduce cerrada por la pequeña abertura del peritoneo y se retira abierta en toda su extensión. El ojal peritoneal se desgarra y amplía, sin ocasionar escurrimiento sanguíneo.

El corte vaginal posterior sangra abundantemente y aun pueden verse surgir los pequeños chorros de dos ó tres arteriolas.

Algunas pinzas largas aplicadas en los puntos que sangran, terminan rápidamente con la hemorragia.

MARTIN aconseja practicar la sutura transversal del corte de la vagina, por medio de la aguja de DESCHAMPS; (figuras números 75 y 76) TANGER aplica el termo-cauterio como hemostático; pero comunmente nada de esto se necesita, y la pequeña hemorragia se detiene sola.

Si en este momento alguna asa de intestino hiciere irrupción en la vagina, se la reducirá y contendrá por medio de una compresa aséptica.

El índice de la mano derecha, introducido en la cavidad peritoneal, al través de la incisión de la vagina, reconoce la cara posterior del útero, la existencia y naturaleza de las adherencias, el estado de los anexos y la ausencia ó presencia de colecciones líquidas ó de infiltraciones organizadas.

Si las enseñanzas de esta exploración impelen al cirujano á extraer todo el útero, procédase inmediatamente al segundo tiempo; mas si alguna esperanza ofreciese el estado del órgano de poder ser conservado, ó se encontrasen lesiones periféricas tales, que la histerectomía se pudiese considerar poco útil ó se temiese algún fracaso quirúrgico, limítese la intervención á esta colpotomía posterior, tratando de obtener de ella el máximum de ventajas posibles para la enferma.

SEGUNDO TIEMPO DE LA HISTERECTOMIA VAGINAL.—El cuello abatido y dirigido hacia atrás, se completa adelante y lateralmente la sección periférica de las inserciones cervicales de la vagina.

Hacia adelante hay que cuidar de aproximarse lo más posible al tejido uterino, á fin de alejarse de la vejiga.

Una sonda introducida en el receptáculo de la orina, hará más fácil el reconocimiento de sus límites. Cuando se tiene cierta práctica en esta operación, y el dedo suficientemente educado, la sonda es inútil.

CLINICA QUIRURGICA.

(La Histerectomia.)

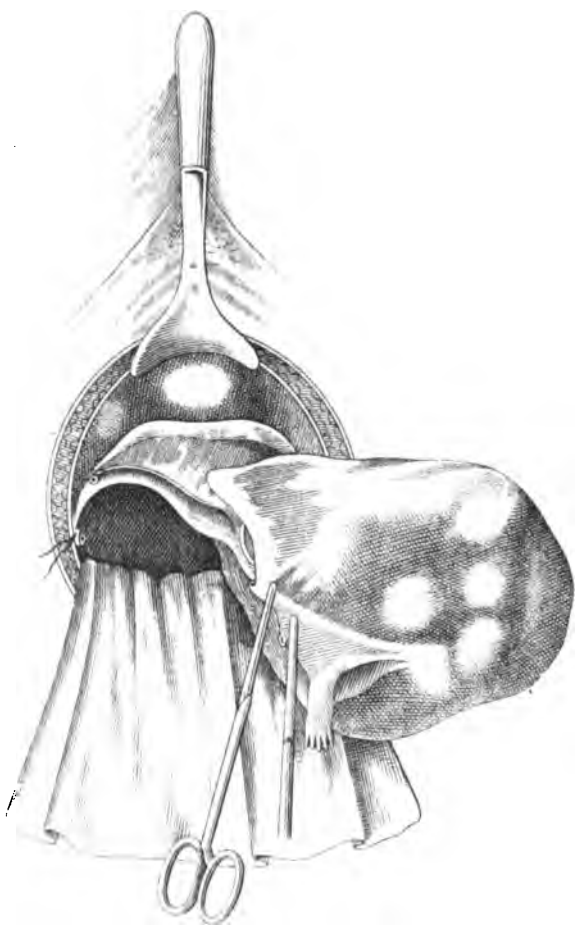


Fig. 69.—Histerectomía abdominal total. Procedimiento americano.

Lit. del Timbre. Dr. Suarez Gamboa

Lateralmente la incisión será conducida con precaución á fin de evitar en lo posible el encuentro de las arterias uterinas. Sin embargo, la división ligera del borde inferior de los ligamentos anchos facilita las maniobras de abatimiento del útero.

Se lleva el despegamiento de la vejiga sobre la cara anterior del útero, lo más alto posible, verificándolo con el dedo índice y cuidando mucho de desnudar el órgano sin violencias que puedan comprometer las paredes vesicales.

Si el tejido peri-uterino, esclerosado y duro, ofreciese mucha resistencia á la acción del dedo, se utilizarán las tijeras curvas de punta roma. Introducidas cerradas sobre la cara anterior del útero, se abren al retirarse. La maniobra es exactamente igual á la empleada en la enucleación del ojo, para el despegamiento de la conjuntiva ocular.

Lograda la separación completa de la vejiga y abierto el fondo peritoneal vésico-uterino, se practica en la cara anterior del útero la misma exploración que en la posterior, tratando de librarla de aquellas adherencias que fueren susceptibles de ceder ante las ligeras presiones del dedo.

TERCER TIEMPO DE LA HISTERECTOMIA VAGINAL..—La excisión del útero comienza verdaderamente en este momento.

Varios son los métodos que se pueden seguir para lograrla.

I. *Sección primitiva de los ligamentos anchos, previa hemostasis.*
II. *Sección media del útero, seguida de hemostasis y división de los ligamentos anchos.*
III. *Método mixto.*

PRIMER MÉTODO.—*Sección primitiva de los ligamentos anchos*, previa *hemostasis.*—Los procedimientos que permiten realizarlo son también variados.

PRIMER PROCEDIMIENTO.—*Excisión total del útero por sección bilateral.*—Estando ya el útero bien libre de sus inserciones vaginales, se le hace bascular hacia atrás. Para lograrlo se toma el fondo del órgano con los dedos con erignas, ó mejor aún con una pinza de MUSSEUX, curva, y se intenta atraerlo hacia la vagina, al través de la abertura del fondo de Douglas.

Si se experimentase dificultad ó resistencia notable en la eje-

cución de la maniobra, se practicará la sección de la base de los ligamentos anchos, pediculizando pequeñas porciones de ella, con ligaduras de seda.

Cuando la retroversión del útero se ha conseguido, los ligamentos se encuentran torcidos, y el borde superior de ellos, portador de los anexos, se presenta por la vagina.

Inmediatamente se hace la ligadura en cadena, ó en pequeñas porciones, del ligamento izquierdo, y se secciona rápidamente, separando el ovario y la trompa juntamente con el útero.

Dividido el ligamento izquierdo el órgano cae en la vagina, sostenido únicamente por el ligamento lateral derecho.

La ligadura de este último es muy fácil, y el útero no tarda en quedar completamente separado.

Si la estrechez de la vagina ó el volumen del útero impidiesen la maniobra de la retroversión, se pueden ir ligando y seccionando los ligamentos anchos, en pequeñas porciones, de uno y otro lado, hasta desprender totalmente el órgano. La aguja de DESCHAMPS facilita esta maniobra.

La hemostasis por medio de ligaduras, puede reemplazarse ventajosamente con el empleo de la forcipresión constante.

SPENCER-WELLS y RICHELOT son los verdaderos iniciadores y propagandistas de este modo de hemostasis.

Desde que los ligamentos anchos y el útero son bien accesibles, se toman aquellos entre los dedos de la mano izquierda, y con la derecha se trata de introducirlos entre las ramas abiertas de la gran pinza de hemostasis, llamada de RICHELOT.

Menester es vigilar muy atentamente que no se introduzcan entre las ramas de las pinzas y el ligamento correspondiente, asas de intestino ó porciones de epiplóon. Se cuidará también que la pinza se aplique á un centímetro afuera de los bordes del útero, y que pase uno ó dos centímetros en altura el borde superior del ligamento. La sección se hará rasando el tejido uterino.

Para la hemostasis de cada ligamento es preferible utilizar dos pinzas en vez de una sola. Aplicadas éstas en la mitad inferior de los ligamentos, que se seccionan, se hace bascular el útero hacia atrás. aplicándose otras en el borde y mitad superiores, antes de terminar la liberación uterina.

SEGUNDO PROCEDIMIENTO.—*Excisión total del útero por fraccionamiento valvular.*—Consiste especialmente en un fraccionamiento del útero, por regiones sucesivas que se dividen después de obtener la hemostasis.

Los ligamentos se dividen en secciones pequeñas que se cortan á medida que se ligan.

Las porciones de útero comprendidas entre dos ligaduras ligamentosas, se cortan en dos mitades y se amputan parcialmente. Nunca se debe amputar un fragmento ó colgajo uterino, sin asir previamente el órgano con una pinza en el lugar de sección.

SEGUNDO MÉTODO.—*Sección media del útero, seguida de hemostasis, y división de los ligamentos anchos.*

TECNICA DE MULLER Y DE QUENU.

Dos pinzas de tracción se colocan lateralmente á derecha é izquierda del orificio cervical: con unas tijeras fuertes se practica la sección completa del cuello. (Figura 77.)

Las pinzas se retiran de su lugar primitivo y se colocan más alto, sobre el límite de la sección mediana cervical.

Nuevas tracciones abaten más el útero; el dedo aísla bien sus caras anterior y posterior, y se continúa hacia arriba la división comenzada con las tijeras sobre el cuello.

A medida que se descubre la cavidad uterina, se toca la mucosa con solución fuerte de ácido fénico, con cloruro de zinc, termo-cauterio, etc.

Así sucesivamente, subiendo el punto de implantación de las pinzas y prolongando la incisión, se llega rápidamente á dividir el útero en dos mitades.

La hemostasis se realiza por medio de la ligadura ó la forcipresión de los ligamentos, y se cortan las mitades uterinas sobre sus inserciones laterales. (Figura 78.)

TECNICA DE DOYEN.

Aislado el cuello de sus relaciones vaginales, despegada completamente la vejiga hacia adelante, y libre el útero hacia atrás, se colocan dos pinzas de tracción en los ángulos laterales del orificio cervical, y con unas tijeras fuertes se divide todo lo posible del labio anterior. (Figuras números 79, 80, 81, 82 y 83.)

Las pinzas que estaban colocadas en las partes laterales del

cuello, se retiran y se aplican simétricamente en uno y otro borde del ángulo superior, que forma la incisión del cuello. (Fig. 84.)

Cuídese mucho de no retirar simultáneamente las dos pinzas, sino de fijar constantemente el útero abatido con una ú otra de ellas. (Figura 85.)

Colocadas ya las pinzas en el ángulo de la incisión cervical anterior, se prosiguen con más vigor las tracciones sobre el útero, con el objeto de descubrir una extensión mayor de su borde anterior.

Logrado esto, las tijeras prolongan la incisión cervical sobre el cuerpo del útero, hasta donde sea posible; y así subiendo las inserciones de las pinzas y prolongando la incisión hacia arriba, se llega hasta el fondo del órgano y se realiza la hemisección de la pared anterior del útero. (Figura 86.)

Las tracciones de las pinzas permiten atraer hacia la vulva el fondo uterino, abierto en su parte anterior. (Figura 87.)

Cuando el útero y los anexos son poco voluminosos y están libres de grandes adherencias, estos últimos se presentan siguiendo el fondo uterino, al través de la incisión vaginal anterior.

Basta tirar un poco más del cuerpo del útero y dirigirlo hacia la derecha del operador, para poder reconocer libremente los anexos derechos, y basta aplicar una pinza larga y fuerte sobre el ligamento ancho correspondiente, pediculizando el ovario y la trompa, para libertar el cuerpo uterino, seccionando sus inserciones laterales correspondientes.

Libre el órgano de ese lado, es muy fácil repetir la maniobra sobre el ligamento del lado opuesto, y el útero queda enteramente desprendido y sale junto con los anexos. (Figura 88.)

OTRA TECNICA DE DOYEN.

Asido el cuello uterino por sus comisuras laterales, se practica la hemisección del cuello hacia adelante.

Bien protegida la vejiga por medio de un separador, se ataca el tumor uterino hacia su polo inferior con el tubo cortante, á modo de hacer el vaciamiento de él. (Figura 89.)

Una vez disminuído el volumen del neoplasma todo lo posible, se traza en la cara anterior del útero una incisión profunda en V: el vértice de la V corresponde al borde libre del cuello, y una de sus ramas coincide con la incisión primera del mismo cuello.

CLINICA QUIRURGICA.

(La Histerectomia.)

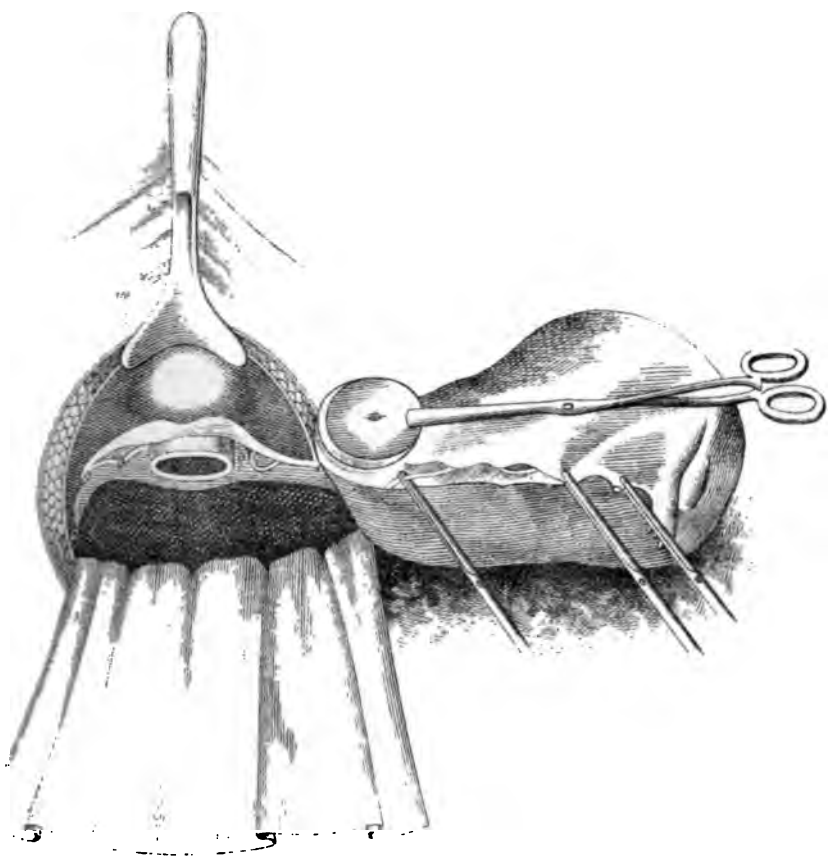


Fig. 70.—Histerectomía abdominal total. Procedimiento americano.

Lit. del Timbre.

Dr. Suarez Gamboa

La extremidad inferior del colgajo se toma fuertemente con una pinza, y en él se traza otra nueva V, más pequeña que la primera.

Uniendo por incisiones transversales las ramas de las dos V, se obtienen colgajos en forma de rombos, que se extirpan con unas tijeras fuertes curvas y pinzas de MUSSEUX.

El tumor bascula hacia adelante. De V en V y resecando rombos siempre hacia arriba, se llega hasta alcanzar el fondo del útero.

Las mismas maniobras pueden repetirse hacia atrás, si se estima conveniente.

Una vez alcanzado el fondo del órgano, se le toma vigorosamente con una pinza-erigna y se le trae hacia la vulva, practicando la resección en rombos de su cara anterior ó la fragmentación en escala, si es posible.

TERCER MÉTODO.—*Método mixto.*—SEGOND es el propagador de este modo de extracción del útero.

Comienza por verificar el fraccionamiento del cuello, según el modo de PEAN, cuidando desde luego, de asir, ligar y seccionar la base de los ligamentos anchos y los ligamentos útero-sacros.

Continúa haciendo el despedazamiento de la cara anterior del útero, en lo posible, por cortes longitudinales.

Fija el fragmento por quitar con dos pinzas de tracción, una á la derecha y otra á la izquierda. Comienza la incisión hacia la derecha, llevando el filo del cuchillo dirigido un poco hacia arriba, y se detiene á la altura que cree conveniente.

Por medio de otra pinza de tracción, que hace sostener por un ayudante, toma el cuerpo del útero en el labio superior de la incisión.

Vuelve de nuevo á traer su incisión de izquierda á derecha, hasta encontrar la trazada primitivamente, y ese fragmento de útero se desprende.

El resto del órgano queda fijo por la pinza que sostiene el ayudante.

Continúa así, hasta lograr invertir el fondo. Conseguido esto, aplica dos pinzas sobre los restos de los ligamentos anchos y corta en block el fondo uterino.

CUARTO TIEMPO DE LA HISTERECTOMIA VAGINAL. —Una vez extraídos el útero y los anexos, se procede á practicar el aseo del campo operatorio.

Por medio de separadores anchos se abre bien la vagina y se

extraen todos los coágulos con esponjas, ó mejor con tapones de algodón montados en pinzas, y se vigila que la hemostasis sea perfecta, muy especialmente en el corte posterior de la vagina, que siempre sangra.

La mayor parte de los operadores se limitan á llenar suavemente la vagina con gasa yodoformada. Más correcto es unir los cortes vaginal y peritoneal por medio de algunos puntos de sutura y estrechar la abertura vagino-peritoneal de la misma manera.

Si se dejan pinzas á permanencia, se las envolverá bien con gasa yodoformada; el peritoneo se canaliza si se cree prudente, y la vagina se llena con tiras de gasa yodoformada, ligeramente comprimidas.

PROCEDIMIENTOS PARTICULARES.

TECNICA DE TUFFIER.

Este autor practica la histerectomía vaginal sin pinzas ni ligaduras, y en su procedimiento realiza la hemostasis por medio de un instrumento especial, que llama *angiotribo*. (Figura 90.)

La técnica es por demás sencilla:

TUFFIER practica la ablación del órgano siguiendo las reglas generales de la histerectomía vaginal; pero cuando el útero ha basculado, en vez de asir los ligamentos anchos con pinzas de forcipresión permanentes, los aprieta fuertemente entre las ramas de su *angiotribo*, que retira inmediatamente después.

Si la histerectomía presenta dificultades y se hace menester practicar el fraccionamiento del útero, el autor de este método comienza por asegurar la hemostasis por medio de pinzas comunes; pero cuando la operación está terminada, las reemplaza por su *angiotribo*, haciendo el machacamiento de los ligamentos según va retirando las pinzas. (Figuras números 90, 91, 92 y 93.)

Para practicar la hemostasis por medio del *angiotribo*, TUFFIER aconseja apretar completamente las ramas del instrumento, y vigilar que durante el esfuerzo de presión, no se hagan estiramientos sobre los ligamentos anchos.

TUFFIER ha ejecutado así la extirpación de *veintitrés* úteros,

con el resultado siguiente: Una de las operadas murió de septicemia peritoneal, otra murió de congestión pulmonar, y las veintiuna restantes curaron perfectamente.

TECNICA DE L. M. BOSSI.

Comienza siempre por hacer las ligaduras vasculares, á fin de no embarazar el campo operatorio con las pinzas. Cuando las condiciones anatómicas lo exigen, asocía los dos métodos de hemostasis: las ligaduras y la forcipresión.

No utiliza valvas vaginales—salvo el caso de una hemorragia durante la operación,—y las substituye por los dedos de un ayudante, dejando así más libertad para la acción de los dedos del operador.

Practica la oclusión de la brecha vagino-peritoneal en un número muy reducido de casos, pues sostiene que la abertura amplia del peritoneo pélvico es una de las mejores garantías para la curación de la operada.

Bossi limita el despedazamiento de los neoplasmas uterinos, á modo de no perder la continuidad y la orientación del tumor.

Refiere veintisiete casos de histerectomía vaginal operados por él, por medio de su procedimiento, de Noviembre de 1895 á Noviembre de 1896, todos con éxito.

TECNICA DE V. PAUCHET.

El abatimiento del útero se hace, en los casos sencillos, por la hemisección de Quénu-Müller; en los difíciles, por fraccionamiento. Sea cual fuere la maniobra, sucede que llega un momento en que se tienen fuera de la vulva, á derecha é izquierda, dos fragmentos de útero, con sus anexos correspondientes, pendientes de los ligamentos anchos.

Los ligamentos anchos se atraviesan por medio de una aguja que conduce un hilo doble; éste se cruza; sus cabos superiores se anudan sobre la parte superior del ligamento, adentro de los anexos; sus cabos inferiores, aprietan la base del mismo ligamento; un corte con las tijeras separa la masa útero-anexial del muñón ligamentoso; un hilo de reforzamiento asegura la estabi-

lidad de la mucosa, y para terminar, se fijan los muñones en la cavidad vaginal, á fin de facilitar su eliminación.

De los resultados obtenidos en sus operaciones, V. PAUCHET deduce las conclusiones siguientes:

I. La castración vaginal total debe hacerse, según los casos, por medio de pinzas á permanencia ó por medio de ligaduras. Cada uno de estos métodos tiene sus indicaciones propias, formuladas ha tiempo ya por POZZI.

II. Se recurrirá á la forcipresión en los casos difíciles, tales como: supuración pélvica, grandes fibromas, celulitis no supuradas, estrechez excesiva de la vagina ó duración extraordinaria de la intervención operatoria.

III. La castración vaginal total terminada por ligaduras presenta las siguientes ventajas: el arsenal operatorio es insignificante, los cuidados post-operatorios son menos complicados, y es inútil sondear á la enferma ó inyectarle morfina. No hay hemorragia que temer después de la operación ó al retirar las pinzas; no hay dolores durante 48 horas, como después de la histerectomía con pinzas; ninguna precaución hay que tomar para inmovilizar á la enferma en su cama; y finalmente, el escurrimiento vaginal es insignificante.

TECNICA DE M. STRAUCH.

Abatida la porción vaginal, se hace una incisión circular de la mucosa por medio de las tijeras de COWPER; se abre al mismo tiempo el fondo de Douglas, se despega por medio del dedo la vejiga del útero y de los ligamentos anchos. Se introduce en el fondo vaginal anterior, ya abierto, una valva que protege la vejiga é impide la salida de los intestinos y se trae el útero con los anexos hacia la vulva; si es preciso, se hace la hemisección ó el despedazamiento del útero. Se aplica una ligadura elástica sobre cada ligamento ancho, sostenida por otra con seda. Uno ó dos puntos de sutura disminuyen la amplitud del corte vaginal.

El autor ha operado así veintitres enfermas, sin haber observado jamás accidentes.

CLINICA QUIRURGICA.

(La Histerectomia.)

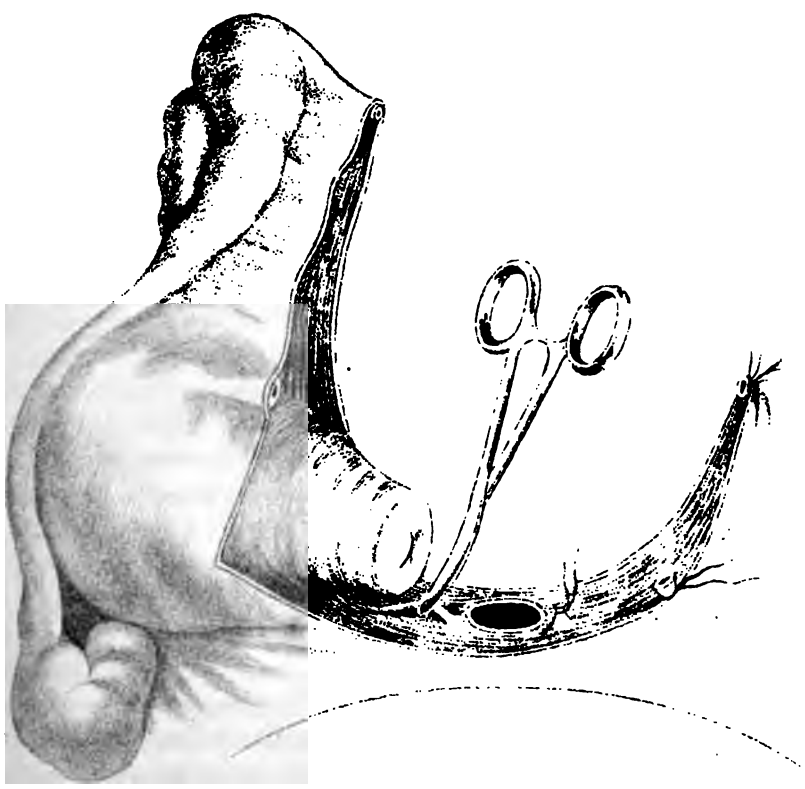


Fig. 71.—Histerectomia abdominal total, por salpingo ovaritis, (según Kelly.) —Procedimiento americano. El útero, separado á la izquierda de sus inserciones ligamentosas, está inclinado á la derecha.

Lit. del Timbre.

Dr. Suarez Gamboa

TECNICA DE BILLROTH.

Tomaba el cuello uterino con dos pinzas erignas, y reforzaba las tracciones por medio de un hilo grueso de seda que pasaba al través del cuello uterino.

Una vez cortada circularmente la vagina, hacía la disección del cuello del útero con los dedos, ó por medio de instrumentos romos: los vasos los ligaba á medida que sangraban. Para evitar herir la vejiga, BILLROTH recomendaba dirigirla hacia adelante por medio de una sonda de hombre introducida en la cavidad, con el pico dirigido hacia abajo. Cortaba los ligamentos anchos, derecho é izquierdo, después de haberlos ligado separadamente por medio de hilos de seda gruesa, cuyas extremidades, una vez anudadas, dejaba pendientes en el interior de la cavidad de la vagina.

Una vez hecha esta maniobra, cortaba el fondo útero-rectal, dejando un puente peritoneal aun sin cortar. Hecho esto, pasaba seis ó siete hilos en el borde posterior de la herida del fondo vaginal posterior, dividía rápidamente las porciones del peritoneo aún adherentes al útero, extraía el órgano, pasaba por el labio anterior de la herida vaginal los hilos colocados en el posterior y afrontaba los dos labios anudando los hilos, que dejaba pendiendo en el interior de la vagina.

Los días subsecuentes hacía irrigaciones vaginales abundantes, con soluciones débilmente antisépticas.

TECNICA DE BAUM.

Al decir de SECHEYRON, BAUM proponía como medio hemostático la compresión abdominal de la aorta, durante toda la duración del trabajo operatorio. El fondo vaginal anterior era el primeramente atacado, y luego seguía la operación á semejanza de BILLROTH, difiriendo solamente en el cuidado que tenía de abatir fuertemente el útero, antes de operar la ligadura en masa de los ligamentos y su sección.

BAUM no cerraba enteramente la herida vaginal, sino que hacía la canalización de la pelvis.

TECNICA DE TEUFFEL.

Comenzaba atacando el fondo anterior; después del aislamiento de la vejiga, abría el fondo vaginal posterior, ligaba en masa y seccionaba los ligamentos anchos, haciendo, para terminar, la sutura de las heridas vaginal y peritoneal.

TECNICA DE SHRŒDER.

Después del abatimiento del útero y de la incisión circular del cuello, desprendía por completo la vejiga y abría ampliamente el fondo de Douglas. Al través de esta abertura, tiraba del útero tomándolo del fondo por medio de dos dedos ó por medio de unas pinzas curvas de MUSSEUX. Introducía un dedo en la cavidad abdominal, y haciendo con él relieve en el fondo vaginal anterior, cortaba la vagina á este nivel. La matriz quedaba libre de sus inserciones anteriores y posteriores; ligaba en una ó varias porciones los ligamentos anchos y los cortaba cerca del útero, entre dos ligaduras. Todos los vasos gruesos que seccionaba, los ligaba aisladamente. Una vez extraído el útero, colocaba un tubo grueso en la pelvis y suturaba parcialmente la herida vagino-peritoneal.

TECNICA DE FRITSCH DE BRESLAU.

Empieza poniendo una ligadura profunda en masa que comprime los vasos sanguíneos principales, y su incisión inicial la hace amplia y alcanzando desde luego el pie de los ligamentos anchos.

El útero antevertido se trae hacia la vagina, al través del fondo vaginal anterior, previa desinserción de la vejiga.

Los ligamentos anchos se ligan en dos series y se seccionan: el útero sale enteramente libre.

TECNICA DE DUVELLIUS.

Este autor propone las siguientes modificaciones: después de haber abierto el fondo de Douglas, como de costumbre, ligado

los ligamentos anchos, desprendido la vejiga y puesto el útero en retroversión forzada, pasa la mano atrás de él y coloca tres ligaduras sobre los ligamentos anchos, vigilando que en la inferior quede comprendida la vagina, en la parte correspondiente á sus fondos laterales.

Una vez el útero separado de sus ligamentos laterales, bien ligados, se ven los dos pedículos ligamentosos hacer salientes en la cavidad de la vagina: dos hilos pueden reunirlos entre sí.

TECNICA DE LEOPOLD.

Procedimiento muy semejante al que conocimos ya, patrocinado por MARTIN.

A medida que va haciendo la desinserción vaginal del cuello, sutura los bordes de la incisión de la vagina con el peritoneo vésico-uterino y recto-uterino, y practica la ligadura de la vagina y de los ligamentos anchos en pequeñas porciones, á fin de asegurar una completa hemostasis.

Una vez desprendido el útero, deja abierta la vagina, llenando el canal con tiras de gasa yodoformada suavemente comprimidas.

III

METODO DE HISTERECTOMIA ABDOMINO-VAGINAL.

La extirpación del útero por maniobras combinadas en la vagina y en el vientre, cuenta con dos métodos principales: el de PEAN y el de RICHELOT.

PEAN, hace la extracción del cuello por la vagina y la del cuerpo por el abdomen; RICHELOT, extrae todo el órgano por el vientre.

TECNICA DE PEAN.

Abierto el vientre y exteriorizado el útero con el tumor, PEAN forma un pedículo un poco arriba de las inserciones vaginales del cuello, y liga en este lugar con una asa metálica, por medio del ligador de CINTRAT.

Amputa el útero y anexos arriba de la ligadura, reduce el muñón en el vientre y cierra la herida abdominal.

Luego, por la vagina reseca el pedículo, recurriendo á la forcipresión de los ligamentos anchos en su base, y al fraccionamiento del cuello con los restos del cuerpo uterino que quedaron después de las maniobras abdominales.

TECNICA DE RICHELOT.

Una vez verificada la incisión abdominal, el útero se tira fuera de la cavidad, al través de la herida.—La ligadura elástica provisional no tiene razón de ser y no se utiliza.

La masa uterina se recuesta sobre el abdomen, tirada por varias pinzas de tracción, y sirve para ayudar á cerrar el ángulo superior de la herida.

Si el fibroma se desarrolla en el segmento uterino inferior ó se hunde y llena la excavación, es preciso hendir verticalmente el útero, enuclear el tumor en block ó por fraccionamiento, colocar algunas pinzas hemostáticas y cerrar la gran cavidad que se forma en el útero, mediante pinzas dentadas.

El útero vacío y flojo, deja ya toda libertad para obrar sobre sus bordes.

Con una incisión transversal, sobre la cara anterior del órgano, se talla un colgajo peritoneal, que va de un ligamento ancho al otro, comprendiendo el origen del ligamento redondo. Despégase y abátese este colgajo hacia la pequeña pelvis, á fin de alejarse de la vejiga y los uréteres.

El índice y el medius de la mano izquierda introducidos profundamente por la vagina, hacia adelante del cuello, hacen salir el fondo anterior, que se perfora y corta con tijeras.

Déjase la vagina, y por arriba se amplía la perforación vaginal desde un ligamento ancho al otro, utilizando el índice izquierdo como conductor.

Ahora se toma un ligamento ancho con toda la mano izquierda, el pulgar hacia adelante, los otros dedos hacia atrás; con unas tijeras cerradas perfórase el fondo vaginal posterior, exactamente en sus límites con el ligamento ancho, y se retiran las tijeras abiertas.

Esta abertura está adentro de la uterina y lejos del uréter.

Entonces la gran pinza, que tiene 9 ó 10 centímetros de longi-

CLINICA QUIRURGICA.

(La Histerectomia.)

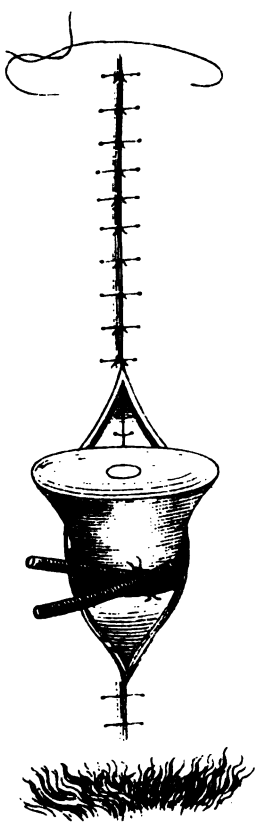


Fig. 72.—Pedículo abdominal, en la histerectomía supra-vaginal, fije en la pared del vientre.

Lit. del Timbre.

Dr. Suarez Gamboa

tud en las ramas, y que se cuida apriete igualmente en toda su extensión, se introduce por la vagina; la rama posterior penetra en el orificio hecho á la vagina, la anterior pasa por el corte vaginal anterior. (Figura 95).

Nada más fácil ya que comprender en la pieza todo el ligamento ancho, afuera de los anexos, se entiende.

Repítese la maniobra del otro lado, y se coloca otra pinza larga.

Se corta rápidamente sobre los bordes del útero, y la masa no queda detenida más que por las inserciones posteriores de la vagina, que unos cuantos golpes de tijera destruyen.

Una vez quitado el tumor, se toman por la vagina, con pinzas largas, los puntos que sangran en el corte vaginal posterior. (Figura 96.)

Se introduce una tira de gasa yodoformada en la vagina, que se comprime suavemente y se cierran las paredes abdominales. La operación está terminada.

Hay otros procedimientos de histerectomía abdomino-vaginal, tales como los de BARDENHEUER, de ROUFFART, de JACOBS y de LAMPHEAR; pero los principales son, indudablemente, los que hemos visto ya, los de PEAN y de RICHELOT.

IV

METODO DE HISTERECTOMIA PERINEAL.

No conformes los cirujanos con las vías ya conocidas para atacar los órganos contenidos en la pelvis, han recurrido á nuevos procedimientos, que aunque parecen prometer bastante en el porvenir, hoy son casi considerados como estudios simplemente experimentales.

TECNICA DE OTTO ZUCKERKANDL.

ZUCKERKANDL, hace una profunda incisión que comienza un poco más arriba de la articulación sacro-coccigea y como á uno ó dos centímetros afuera de ella, y dirigiéndose hacia abajo, en una dirección ligeramente cóncava hacia afuera, la termina á dos ó tres centímetros distante de la horquilla.

Por esta incisión se penetra en la fosa isquio-rectal, se desinserta y reseca parte del gran gluteo, se dividen los ligamentos sacro-ciáticos, el elevador del ano, y se separa la vagina del recto.

Se cortan los fondos peritoneales y se procede á la histerectomía, según las reglas ya conocidas.

Una vez terminada la resección uterina, se ocluye la herida con suturas y se canaliza si es menester.

V

METODO DE HISTERECTOMIA POR LA VIA SACRA.

TECNICA DE TERRIER.

La enferma se coloca en el decúbitus lateral derecho. Se hace una larga incisión que comienza en la espina ilíaca póstero-inferior izquierda y termina abajo del coxis.

Con un cincel se divide el sacro al nivel del tercer ó cuarto agujero sacro y se abate el fragmento huesoso.

Desviando el recto hacia la izquierda y abriendo el fondo peritoneal posterior, se llega sobre el útero y se ejecuta su resección.

SUTURA ABDOMINAL DESPUES DE LA LAPAROTOMÍA.

Sea en la histerectomía abdominal, sea en otra intervención quirúrgica cualquiera, la pared del vientre debe suturarse después de hecha la operación, llenando indicaciones inmediatas y tardías de extraordinaria importancia.

Una de las consecuencias más frecuentes y más desagradables de la laparotomía, es la hernia de la línea blanca. Esta hernia constituye por sí sola una amenaza para la vida ó una imposibilidad para la práctica de los quehaceres en la labor diaria: de aquí que requiera constantemente la práctica de una operación nueva y la exposición del operado ú operada, á nuevos peligros.

De este modo, la laparotomía primitiva, remediando una enfermedad, origina otra cuya curación es esencialmente operatoria y cuyo pronóstico no siempre será benigno.

La eventración post-operatoria, no sin razón, es un cargo tremendo que pesa sobre la laparotomía, y un motivo más para que los partidarios de la colpotomía, propaguen ardientemente sus procedimientos.

Es preciso que los laparotomistas se esfuerzen en precaver á sus operadas de la hernia consecutiva, y el estudio de la sutura abdominal les ofrece un buen campo de experimentación y estudio.

Habitualmente se emplean tres métodos principales de sutura abdominal:

I. *Sutura en masa.*
II. *Sutura por planos anatómicos* y
III. *Sutura mixta.*

En el primer grupo, (Figura 97) se atraviesan todos los tejidos de la pared abdominal en conjunto, agregando suturas aisladas de la piel, si fuere necesario.

Durante el Congreso Médico Pan-Americano, celebrado recientemente en esta Ciudad, expuse mi primera serie de laparotomías y me mostré adversario de este sistema. Los distinguidos ginecólogos, Drs. Tomás Noriega y Francisco Hurtado, tomaron la defensa de él, reconociéndole entre otras ventajas, la de su rapidez de ejecución y la de no haber observado ellos accidentes después de su empleo.

En la segunda variedad de suturas, (Figura 97) se vigila el afrontamiento cuidadoso y exacto de los diversos planos que constituyen la pared abdominal, y se colocan por lo común tres series de suturas, una en el peritoneo, otra en la aponeurosis y otra en la piel.

Y en la tercera, es decir, en la mixta (Figura 97) se combinan los procedimientos anteriores.

Se puede reunir al segundo grupo, la sutura en ocho, de Schœffer y Keheer, que permite quitar fácilmente los hilos de la aponeurosis. (Figura 97.)

La sutura de Prior y de Queirel, es por demás original, pero no ha tenido fortuna: estos señores suturan cuidadosamente el peritoneo, los músculos y la aponeurosis; pero el plano cutáneo-celular queda abierto y lleno con gasa yodoformada, á modo de producir la supuración y la cicatrización de la herida por la producción de yemas supurantes. Se obtendría así, en tres ó cuatro

semanas, una cicatriz gruesa y fuerte, que prestaría mucha solidez á la pared abdominal, al decir de PRIOR y de QUEIREL. (Figura 97)

En la cuestión de las suturas abdominales, preciso es estudiar las condiciones que debe tener una buena cicatriz abdominal, y luego la manera de lograrlas.

La parte más resistente del vientre y la que sufre mayores presiones, es incuestionablemente *la zona de la línea blanca.* La aponeurosis abdominal anterior, es una espesa capa de tejido fibroso, constituída por las expansiones aponeuróticas de músculos tan poderosos como el grande oblicuo, el pequeño oblicuo y el transverso del abdomen: encierra, en su interior otro músculo no menos poderoso, el gran recto abdominal. (Figura 98.)

La mayor parte de las contracciones enérgicas del sistema muscular, hacen rudo eco sobre la *prensa abdominal.* En la presión del abdomen se reflejan desde el ligero ondular de la respiración, hasta el vigoroso esfuerzo del ejercicio muscular más intenso.

Todo este trabajo de energía y fuerza, halla en el abdomen el apoyo del esqueleto y la resistencia de las aponeurosis. Es precisamente sobre la línea blanca donde se verifica la resultante de las fuerzas musculares del abdomen, y es precisamente ahí, donde el cirujano destruye la continuidad de las resistencias.

El peritoneo es una membrana de revestimiento y un órgano esencialmente dispuesto para los deslizamientos: cede con facilidad suma ó se desgarra. La piel, el más elástico y suave de nuestros órganos, es el tejido más susceptible de modificarse sin ofrecer seria resistencia. ¿Qué queda, pues, para resistir el empuje de las vísceras abdominales? ¿Cuál es el plano de resistencias que sujeta, oprime y forma barrera infranqueable, á los órganos del vientre? La aponeurosis.

Es ahí donde el cirujano dirigirá su atención, es ese su principal y único estudio. *La sutura de la aponeurosis, por sí sola, constituye el porvenir de toda la sutura de la herida abdominal, consecutiva de la laparotomía.*

Ahora bien, esta aponeurosis se puede encontrar de dos modos, según el camino que recorra el bisturí: ó forma una sola capa gruesa y muy resistente, si la hoja del instrumento recorre exactamente la línea media (Figura 98 A), ó constituye dos láminas delgadas y menos fuertes si la incisión está á derecha ó izquierda de la línea media. (Figura 98 B.) En el primer caso no se descubren los bordes de los músculos rectos, en el segundo sí. (Figura 98 A y B)

Suele suceder que aun cuando la incisión esté exactamente so-

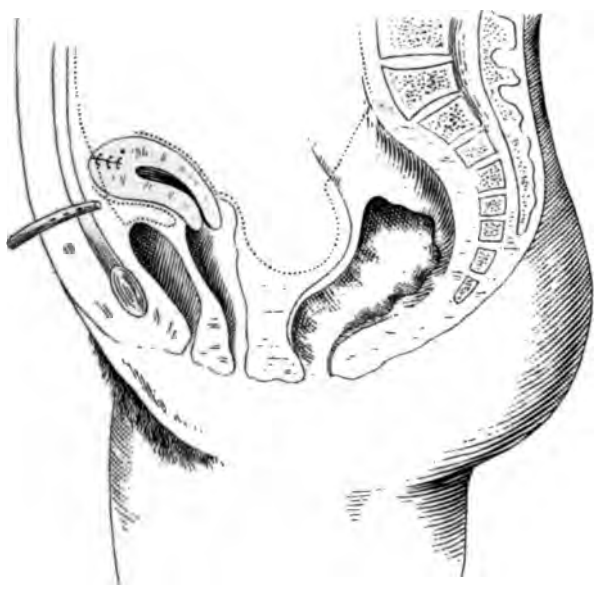


Fig. 73.—Canalización del pedículo. (Según Wolfler-Hacker).

bre la línea media, se descubran los bordes de los músculos rectos. Hay aquí una peculiaridad anatómica muy frecuente en la mujer mexicana y que no he visto jamás descrita en los tratados de Anatomía: *los dos músculos rectos están comprendidos en un mismo y único lóculo aponeurótico, y sus bordes internos, contiguos, están separados únicamente por una pequeña lámina de tejido celular flojo.* (Figura 99.) En estos casos hay que buscar este intersticio inter-muscular, para abrir el peritoneo sin maltratar el músculo. Recientemente practiqué en Zamora, Estado de Michoacán, cuatro ovariotomías consecutivas y las cuatro señoras ofrecían claramente esta modalidad anatómica: mucho insistí sobre esto, llamando la atención de las personas que me hacían el honor de acompañarme, entre las que recuerdo, los Sres. Dres. ALVAREZ, TORRES, MADRIGAL y ENRIQUEZ, del Cuerpo Médico de Zamora. Reasumiendo: ó el Cirujano encuentra una sola aponeurosis ó encuentra dos. En el primer caso, el plano de resistencia abdominal es homogéneo; en el segundo, está constituído por tejido fibroso y tejido muscular.

Esto es de capital importancia para la sutura: es la clave esencial del éxito.

En este caso la situación es más complexa: hay una vaina fibrosa que tiene dos paredes, una anterior y otra posterior; hay dos músculos enérgicos unidos por tejido flojo á modo de poder contraerse y deslizar con facilidad, y hay un tejido de conexión:

Aquí, para rehacer el plano de resistencia, hay que unir la hoja aponeurótica posterior, primero; el músculo, después; y la hoja aponeurótica anterior, al fin. Estas tres capas deben quedar suturadas aisladamente.

Algunas veces, durante mis laparatomías, suelo decir á mis amigos, en sentido ligero y familiar, que el secreto de la no producción de las hernias post-operatorias está en aplicar al abdomen la regla de cortesía y urbanidad siguiente: *dejar las cosas como se encuentran.*

Para que la cicatriz abdominal sea enteramente correcta, se debe procurar dejar los tejidos en las condiciones más análogas á las que guardaban antes de la incisión. Es decir, que salvo una ligera línea de cicatriz, el peritoneo debe continuarse con el peritoneo, la aponeurosis con la aponeurosis, el músculo con el músculo y la piel con la piel.

En el Congreso de Ginecología de Génova, LATZKO mostró una serie de preparaciones microscópicas hechas sobre cortes transversales de sutura abdominal, en mujeres muertas después de la

laparatomía. En ellas se veían tejidos no homólogos reunidos por tejidos de cicatriz, más ó menos abundante. Esto prueba que pueden cicatrizar tejidos no semejantes; pero esta reunión es defectuosa y débil.

El tejido cicatricial ofrece menos resistencia vital que los tejidos normales, y debe procurarse que sea lo menos extenso posible: de aquí que se busquen cicatrizaciones por primera intención constituídas exclusivamente por una línea de tejido nuevo.

Esta cicatriz no debe perturbar el funcionamiento de los órganos contenidos en la pared abdominal, y por lo tanto no ha de reunir el borde de los músculos rectos con las hojas aponeuróticas.

La reunión de los bordes de la aponeurosis debe ser exacta en toda la extensión de la herida. La aponeurosis debe rehacerse con toda escrupulosidad, suturando una con otra las hojas anterior y posterior, cuando no se divida con el bisturí exactamente sobre la línea media.

La protección de la cicatrización aponeurótica debe ser eficaz contra los estiramientos que las contracciones musculares hacen sufrir á la línea de reunión.

La verificación de estas condiciones debe realizarse en toda herida penetrante del vientre, ya sea quirúrgica ó no, ya se trate de vientres gruesos y tersos, ya de vientres delgados y flojos.

Examinemos ahora si las diversas suturas de vientre propuestas llenan todas las condiciones anteriores, es decir, homogeneidad en los contactos, pequeñez de la línea cicatricial, adherencias normales, exactitud en la reunión de la aponeurosis y protección al proceso cicatricial.

La primera variedad de las suturas, aquella que se verifica en masa (Fig. 97), no está en condiciones de garantizar la perfecta reunión de los planos, y mucho menos aún de realizar la coaptación perfecta y sólida de los bordes de la capa aponeurótica, delgados y móviles: al contrario, hay razón para suponer que esta coaptación no se haga y que pequeñas porciones de peritoneo, de músculo ó de tejido celulo-adiposo, se interpongan en la línea de reunión.

La segunda variedad, la sutura en planos, también es defectuosa. Los hilos de sutura, estrangulando los tejidos que comprenden, bajo la acción muscular, corren constantemente el riesgo

de desgarrar esos tejidos ó de romperse ellos mismos, dejando porciones débiles en la cicatrización de la herida.

La tercera forma de sutura, la mixta, es la única adecuada á las circunstancias y la que ofrece solamente ventajas reales para la correcta reunión abdominal.

La sutura mixta fué descrita por el cirujano de Norte América, WYLIE, en el año de 1887.

He aquí su técnica descrita por N. RATCHYNSKI, operador distinguido de San Petersburgo:

"La sutura mixta se aplica de la manera siguiente: se sutura en masa, por puntos profundos, todo el espesor de la pared abdominal; luego, antes de anudar los hilos de estas suturas, se reunen por suturas la aponeurosis y después se anudan los hilos profundos. No queda más que reunir por puntos superficiales el corte de la piel." (Fig. 97.)

En el Congreso de Ginecólogos, de Génova, durante 1896, AMANN (junior), describió un procedimiento de sutura mixta, empleando un solo hilo (Fig. 97). Esta sutura hace temer que una vez apretados los nudos, el fruncimiento de los tejidos impida la buena coaptación.

He aquí como procedo yo para la sutura de la pared abdominal (Fig. 100):

Inspirado en las costumbres de mi buen maestro, DR. FRANCISCO DE P. CHACÓN, comienzo por aplicar una sutura en hilván en todo el corte del peritoneo.

Procuro comenzar y terminar en la serosa íntegra, arriba y abajo de los ángulos de la incisión. El hilván procuro que sea con catgut grueso y tomando partes anchas de peritoneo: en las mujeres de vientre flojo que han tenido muchos hijos ó tumores abdominales voluminosos, esta sutura gruesa es muy fácil de obtener. En las mujeres nulíparas de vientre tenso, suele ofrecer dificultades.

Ya suturado el peritoneo, coloco cuatro ó cinco puntos profundos con crín de Florencia, que comprenden la piel, la aponeurosis y los músculos. Estos hilos no los anudo.

Si en el corte de la aponeurosis hay una hoja fibrosa única-

mente, procedo inmediatamente á suturarla con un hilván reforzado con catgut grueso.

Si son dos las hojas aponeuróticas, suturo con puntos entrecortados las hojas posteriores, procurando fijar abajo de esta sutura el borde grueso que forma el hilván peritoneal.

Los músculos rectos los uno por algunos puntos aislados.

Es muy particularmente en la sutura de la aponeurosis donde fijo toda mi atención, procurando la reunión firme y sólida de sus bordes.

Algunos puntos separados unen el tejido celulo-adiposo en las mujeres muy gruesas, y antes de anudar los hilos profundos, suturo muy cuidadosamente los bordes de la piel con crín de Florencia.

Esta sutura ofrece el inconveniente de su duración un poco prolongada; pero en cambio es de una seguridad absoluta y de una solidez completa.

La sutura gruesa del peritoneo forma en la cara profunda de la cicatriz un cordón fibroso, duro y poco extensible.

La reunión de la hoja posterior de la aponeurosis es esencial para la reconstrucción de la pared abdominal.

La sutura de los músculos rectos en uno ó dos puntos, no impide sus funciones y evita estiramientos á las suturas profundas.

La sutura de la hoja aponeurótica anterior, con hilván reforzado, es muy sólida y de absoluta confianza.

Los puntos de sutura en masa, protegen el proceso reparador contra las contracciones musculares bruscas.

Los contactos son exactamente homogéneos, la línea cicatricial es delgada, las adherencias de la cicatriz son casi normales, la reunión de la aponeurosis es completa y segura y la cicatrización se halla protegida por las suturas profundas.

Próximamente completaré ochenta laparotomías, con esta sutura mixta, y jamás he observado un solo caso de hernia postoperatoria.

Este modo de proceder es usado también, con el mismo éxito, por mi hábil amigo el Dr. Ricardo Tapia Fernández.

CLINICA QUIRURGICA.

(La Histerectomia.)

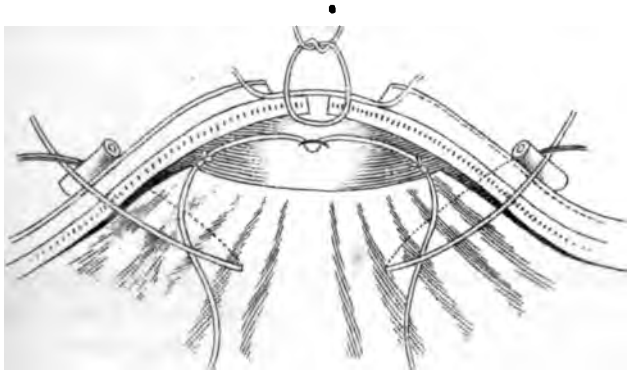


Fig. 74.—Tratamiento del pedículo en la histerectomía de Wolfler-Hacker.

Lit. del Timbre.

Dr. Suarez Gamboa

ACCIDENTES Y COMPLICACIONES

I

HERIDA DE LA VEJIGA.

Es un accidente operatorio, por desgracia, bastante frecuente.

Entre nosotros, en México, conozco varias observaciones de traumatismos operatorios del receptáculo de la orina.

La abertura consciente de la vejiga durante el ejercicio de la histerectomía, es menos frecuente. Yo personalmente tuve oportunidad de practicar una resección parcial de la vejiga en una señora de Tepic, M. L., á quien extirpé un sarcoma de la pelvis.

Sea voluntaria ó accidental la abertura de la vejiga, es menester suturarla inmediatamente.

Esta sutura comprenderá dos planos, y de preferencia se ejecutará con seda muy fina.

Un primer plano de puntos separados, hace el afrontamiento exacto y minucioso de los bordes de la sección. Es prudente comenzar y terminar la sutura en los ángulos, sobre tejidos no divididos por la lesión.

La aguja no debe comprender todo el espesor de la mucosa vesical, sino que penetrando por la cara externa del órgano, saldrá á tres ó cuatro milímetros del borde libre de la mucosa, recorriendo un camino inverso en el labio opuesto.

En rigor, no sería tan peligroso en la vejiga como en el intestino, que algunos hilos perforasen la totalidad de la mucosa.

Algunas incrustaciones tardías podrían ser la consecuencia de este accidente, si el hilo de la sutura no se disolviese.

Una vez realizado el perfecto y minucioso afrontamiento de los bordes de la herida, por este primer plano de suturas, se procede á colocar un segundo, por el método de LEMBERT.

La inversión de la línea primera de suturas, formando relieve en el interior de la vejiga, bajo la influencia del segundo plano á la LEMBERT, no causa grandes trastornos en el funcionamiento vesical.

Por poco que se haga sospechoso el estado de la mucosa, aplíquese una sonda á permanencia. El modelo de PEZZER es enteramente recomendable.

Si la mucosa está sana, limítase la acción del Cirujano á evacuar asépticamente cada tres horas la vejiga.

II

HERIDA DEL URACO.

Cuando el uraco ha quedado permeable y se le divide durante la operación, muy pocas veces ha causado fístulas.

Si se hiere y se reconoce su lesión, se le liga y fija sobre la pared abdominal. Para mayor seguridad, se le pueden poner dos ó tres ligaduras en diversos puntos de su trayecto.

Hay que vigilar que la vejiga no se distienda por exceso de orina, practicando á menudo el cateterismo.

III

HERIDA DEL URETER.

Desgraciadamente se observa con cierta frecuencia la lesión del uréter, durante el curso de las histerectomías.

Cuando se hace la hemostasis de los ligamentos anchos, por el método de forcipresión constante, ha sucedido al retirar las pinzas, ver la formación de una fístula vagino-ureteral

Si la herida del uréter es una incisión pequeña y lateral, se tratará de cerrarla con una ligera sutura, hecha con seda muy fina.

Van Hoock aconseja que una vez hecha esta sutura y convencido el cirujano de que no filtra orina á su través, se le forme con el peritoneo cercano una autoplastía que la cubra á modo de un estuche. Se protege así tanto el resto de la serosa contra una invasión probable de orina, como la sutura misma contra los frotamientos directos de las asas intestinales.

Los hilos no deben ser perforantes: para asegurar esto Delagenière coloca en el interior del uréter un catgut grueso. Por encima de él se pasan todos los hilos, y antes de anudar el último se retira el catgut: si viene sin ocasionar tracciones, es que ningún hilo de seda atravesó el canal

La sección oblicua con pérdida de una porción de la pared, ó la sección transversal completa, son más frecuentes.

Si los dos cabos del conducto seccionado pueden ponerse aún en contacto, se puede al ejemplo de Pozzi, dilatar la extremidad inferior, invaginar en ella la superior, y fijarlas en esta situación por medio de una sutura circular muy fina.

Van Hoock recomienda la uretero-anastomosis lateral en estas circunstancias. La extremidad superior se implanta en una incisión lateral practicada en el segmento inferior, cuya extremidad ha sido previamente ligada.

Si la sección del uréter fuese lateral, pero con pérdida parcial de la pared, se recurrirá con ventaja á la sutura que describió Chaput en el Congreso de Cirugía de 1891, para la entero-anastomosis.

Más frecuente es que á la sección del uréter se acompañe el arrancamiento ó la resección de una porción de él y que, en consecuencia, las dos extremidades no puedan ponerse en contacto.

Parecería racional la práctica de la nefrectomía inmediata en estos casos, mas como la enferma sufre el accidente de su lesión ureteral en el transcurso de una intervención ya por sí misma muy grave, se ha creído más oportuno transferir la resección del riñón, colocando el uréter herido en condiciones de causar pocos perjuicios á la enferma.

Por medio de un trócar grueso se perforan las paredes abdominales en el punto más próximo al cabo central del uréter, que guiado al través de la cánula, se trae y fija sobre la piel, estableciéndose una fístula urétero-cutánea.

Bazy, en los casos que permiten al fragmento superior del uréter

venir en contacto con la vejiga, ejecuta la *urétero-cisto-neostomía.*

Consiste la urétero-cisto-neostomía en la implantación del uréter en algún punto de la vejiga.

Se divide la vejiga en una pequeña extensión y se introduce en su interior la extremidad del fragmento superior del uréter, fijándola con una sutura fina hecha con seda.

A semejanza de la operación de Bazy, ha propuesto Simón la anastomosis del uréter con el recto, ó *uretero-procto-neostomía.*

A fin de facilitar la inserción rectal del uréter, se han ideado diversos botones anastomóticos, entre los cuales merecen la preferencia los de Boari y Chalot.

El recto queda así transformado en una especie de cloaca que podría retener la orina por la contracción de los esfínteres y expulsarla por descargas voluntarias.

Esta última operación es grave. Accidentes urémicos inmediatos y mortales se han observado, y las lesiones tardías de proctitis, hacen el pronóstico variable y reservado.

En la herida quirúrgica del uréter, cuando la anastomosis de los dos cabos no sea realizable, solamente la nefrectomía puede prestar reales servicios.

IV

HERIDA DEL INTESTINO.

Por lo regular es una desgarradura ó una pequeña incisión lateral, la que abre el conducto intestinal.

En la práctica de la histerectomía es un accidente raro, aunque posible, la herida del tubo digestivo.

En los casos de desgarraduras ó de heridas laterales, se coloca un plano de suturas sero-mucosas y otro de sero-serosas; el primero, según el estilo de Wölfler y Chaput, y el segundo según el de Lembert y Czerny.

Si fuese menester resecar una porción de tubo intestinal, se harán las entero-anastomosis de Souligoux, de Chaput ó de Murphy.

V

DESGARRADURAS PERITONEALES.

Durante las maniobras de extracción de los tumores ó durante el desprendimiento de las inserciones uterinas, es muy fácil causar desgarraduras peritoneales, particularmente en las regiones de las fosas ilíacas.

Una vez terminadas las diversas fases de la operación, debe el cirujano reconocer muy atentamente todo el peritoneo pélvico, á fin de que ninguna desgarradura de él, escape á su oclusión.

Todas las lesiones del peritoneo deben suturarse muy cuidadosamente á la LEMBERT.

Las desgarraduras de la serosa, si no se suturan con atención, son un foco de futuras supuraciones ó de adherencias anormales.

Suele suceder que si la desgarradura es muy profunda, sufra el operador dificultades en la colocación de los hilos. Un porta-aguja muy largo, ó mejor aún la aguja automática que he hecho construir á los Sres. Roemer y Comp., facilitan las maniobras·

VI

HEMORRAGIA.

Las pérdidas sanguíneas pueden ser primitivas ó secundarias.

En el transcurso de la operación, la naturaleza propia del neoplasma, la dilatación exagerada de la red vascular pélvica, la caída del tubo elástico ó el desprendimiento de las pinzas hemostáticas; pueden, entre otros accidentes operatorios, ocasionar grandes pérdidas de sangre.

Después de la operación, durante las primeras horas, la caída de las ligaduras, la existencia de arterias sin ligar convenientemente ó de superficies susceptibles de sangrar espontáneamente, son orígenes frecuentes de hemorragias graves.

Más tarde aún, después de varios días de la operación, la ulceración séptica de las ligaduras, la caída de pedículos gangrenados é infectados, pueden también causar abundantes pérdidas sanguíneas.

Suele suceder, después de las histerectomías supra-vaginales,

que se haga por la vagina un escurrimiento de sangre, análogo al escurrimiento menstrual.

Estas *reglas post-operatorias* no tienen importancia y aun podrían beneficiar á la enferma, por el descargo sanguíneo que causan en la circulación de la pelvis.

Los signos de anemia aguda son perfectamente conocidos.

Cuando el derrame de sangre no se hace al exterior, sino que se acumula en el peritoneo, se encuentran junto con los signos generales de la hemorragia, los locales producidos en el abdomen: elevación ligera y dolorosa de las regiones inguinales, tumor hipogástrico extendido á las fosas ilíacas, macicez á la percusión en las partes declives, abatimiento marcado del fondo de Douglas por la vagina, etc., etc.

La forma fulminante, sobreaguda, de hemorragia interna, se observa rara vez después de la histerectomía practicada juiciosamente.

En estos casos, que podríamos llamar *ictus peritoneal*, la enferma se queja de un dolor agudo en el vientre, algunas veces acusa una sensación de cuerpo extraño en él, palidece rápidamente, se enfría, la cara se hace hundida y cadavérica, el pulso se vuelve rápido, pequeño y filiforme; sobrevienen convulsiones, el síncope y la operada muere en el colapsus.

Más frecuente es la forma lenta, y el conjunto de los fenómenos no puede muchas veces aclarar si se trata de una hemorragia ó de una infección peritoneal.

Sin embargo, en la hemorragia la temperatura se abate muy rápidamente; en algunas horas alcanza 36° ó 35°5. La decoloración de los tegumentos es intensa y la piel del tronco, de las manos, las mucosas labial, conjuntival y vulvar, toman el tinte característico de la anemia aguda.

Si la cavidad peritoneal se ha canalizado, se ve salir por el tubo un escurrimiento de sangre líquida, roja, rutilante, que no cesa y moja uniformemente las ropas de la cama.

Si no hay tubo, la vacilación puede persistir y el diagnóstico entre la peritonitis y la hemorragia ofrece grandes dificultades.

Las hemorragias son causa de muerte rápida. La muerte sobreviene no precisamente por la privación al organismo de los elementos de la sangre, pues que en los casos de muerte por hemorragia quedan aún hemacias bastantes para sostener la vida; sino por la diminución brusca de la masa total de la sangre y el abatimiento rápido de la tensión vascular. El corazón se contrae con sus cavidades vacías.

De aquí una importante indicación en el tratamiento de las hemorragias: devolver al sistema circulatorio su tensión, elevando rápidamente el volumen de la sangre.

Pero el verdadero tratamiento de la hemorragia, es la hemostasis inmediata.

Durante la operación, la hemostasis es en la gran mayoría de los casos, fácil de obtener. La ligadura de los vasos abiertos y la compresión temporal ó permanente de las superficies que sangran, son elementos que dominan casi siempre toda clase de hemorragias.

De otra manera graves son las que se presentan durante el período consecutivo á la operación, cuando la enferma tiene varias horas ó días de operada.

En una época en la que ni los signos clínicos ni la naturaleza de la intervención pueden hacer prever una hemorragia secundaria, ésta se verifica comunmente en circunstancias no presenciadas por el Cirujano, y el momento de su intervención es casi siempre tardío.

Si la hemorragia reviste el carácter cataclísmico de *ictus peritoneal*, el Cirujano llegará siempre demasiado tarde; su acción es nula.

Pero si los fenómenos inmediatos de la hemorragia hacen prever un escurrimiento menos rápido, si los signos de anemia aguda no revisten el carácter de rápidamente mortales, es necesario intervenir y hacer urgentemente la hemostasis.

En el hospital ó en una casa de salud bien montada, es fácil realizar al instante las condiciones indispensables para el buen éxito de una laparatomía; pero en la clientela civil, aun en las casas donde nada parecería faltar, ¡qué dificultades, cuántos obstáculos para la tarea del Cirujano!

La preparación antiséptica casi siempre es defectuosa, la asepsia deja mucho que desear, la asistencia operatoria es escasa y deficiente; pero es menester operar y detener la hemorragia á toda costa.

He aquí uno de aquellos casos en los cuales el Cirujano verdaderamente digno de este nombre, debe saber utilizar todo el medio que le rodea, improvisándose en tan malas condiciones recursos de triunfo y saliendo victorioso de una situación donde la falta de resolución y de destreza harían el caso perdido.

Creo importante llamar la atención sobre los inconvenientes que en este género de intervenciones tiene el plano inclinado.

En la posición de Trendelenburg, la sangre fluída derramada

en el peritoneo, cae sobre el diafragma y molesta la respiración, ya comprometida por el estado intenso de anemia.

Además, la extracción de la sangre se hace difícil y no se logra sino cuando ya terminada la operación, la enferma vuelve á la posición normal, obligando así al operador á practicar dos veces la *toilette* del peritoneo, prolongando la duración de las maniobras peritoneales. Toda la operación debe realizarse en la posición horizontal.

Practicada la oclusión del foco de la hemorragia y suspendido el escurrimiento, se hace preciso combatir los fenómenos de la anemia.

Estos fenómenos pueden ser de tal manera graves que requieran un tratamiento violento, más urgente tal vez que la hemostasis directa.

Se consigue este tratamiento por las inyecciones directas de líquidos llamados *sueros* en la red vascular venosa.

La cantidad inyectada de líquido debe ser abundante. Preciso es llenar el campo de circulación para obtener el funcionamiento ritmado y vigoroso del corazón.

El líquido debe ser de tal naturaleza que, á la vez que cumpla los preceptos de la hidráulica, no altere los elementos anatómicos, no introduzca en la economía cuerpos ó substancias nocivas y tenga influencia sobre el funcionamiento de los centros directores del mecanismo íntimo de la vida.

El que mejor llena estas circunstancias es la solución de cloruro de sodio, químicamente puro, en agua esterilizada. El título de esta solución varía del seis al siete por mil.

Algunos autores aconsejan el empleo de *sueros fosfatados*, en los cuales creen ver un medio directo de nutrir y sostener el sistema nervioso languideciente.

Chéron y Wiercinsky intentan fundar un nuevo método de administración del suero artificial, utilizando soluciones concentradas é inyectables á pequeñas dosis.

Según Quinton y Hallion, el agua de mar diluída en la proporción de ochenta y tres, por ciento noventa de agua destilada, formaría un suero mejor tolerado y más adecuado al organismo que la solución de cloruro de sodio llamada fisiológica.

De cualquier solución que se recomiende, debe exigirse la isotonía osmótica con los elementos celulares, y la que hasta hoy parece llenar estas condiciones es la solución cloruro-sódica, al seis ó al siete por millar.

CLINICA QUIRURGICA.

(La Histerectomia.)

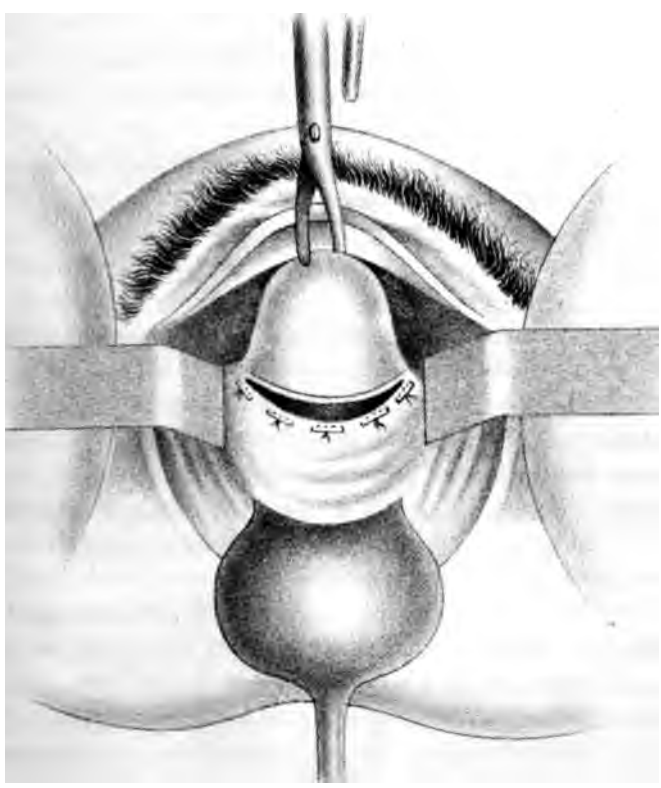


Fig. 76.—Suturas vagino-peritoneales, por el procedimiento de Martin.

Lit. del Timbre.

Dr. Suarez Gamboa

La técnica de las inyecciones intra-venosas de suero, es bien sencilla. Basta un irrigador ó un depósito cualquiera, perfectamente limpio, un tubo que conduzca el líquido por aspiración como sifón, ó por presión directa, y una aguja fina de inyección, para penetrar en la vena.

Creo inútil recomendar en todas las manipulaciones y en el estado del líquido y del inyector, una asepsia correcta.

La aguja de la jeringa de PRAVAZ, montada en el cuerpo de bomba, sin pistón, y fija en la extremidad del tubo del inyector, se presta ventajosamente para estas inyecciones, pues la herida de la vena es pequeña y la finura del chorro que penetra, útil y recomendable.

Con el pulgar de la mano izquierda se comprime y se hace llenar la vena mediana basílica ó la mediana cefálica, en la región del pliegue del codo. Con los otros dedos, aplicados por atrás del codo, se fija é inmoviliza el brazo.

El irrigador ó inyector, cargado ya con la solución de cloruro de sodio, se fija á una altura conveniente para la fácil salida del líquido por la extremidad de la aguja, cuidando que el chorro no sea demasiado violento.

Bajo la presión del pulgar, la vena elegida se llena, amplía y aclara. Sobre ella se hunde la aguja hasta su cavidad, al través de la piel, y se practica lentamente la inyección.

Si el estado de anemia es tan profundo que no se perciba la vena ó no se llene de sangre convenientemente, no se vacilará en dividir la piel, hacer la disección del vaso é introducir directamente la aguja en él.

El suero debe inyectarse tibio, á una temperatura próxima á la del cuerpo humano.

Bajo la influencia de la inyección la enferma se reanima, su cara se colora, sus ojos se animan, el pulso se amplía y disminuye de frecuencia, el calor vuelve á la piel; se asiste casi á una resurrección.

En aquellos casos menos urgentes, la inyección se puede practicar en el tejido celular subcutáneo, y ahorrar á la vena del brazo un traumatismo y á la paciente un peligro, aunque remoto, de infección.

Se hacen pasar al tejido celular doscientos cincuenta, quinientos y hasta mil gramos de suero, sin accidentes. Es preciso procurar por medio de fricciones suaves, que el suero no se acumule en un solo punto y forme *bola de edema*, que es dolorosa para la enferma.

Unas horas después de la inyección, la temperatura suele su-

bir unos décimos de grado ó un grado. Esta ligera variación del termómetro no tiene importancia y es enteramente fugaz.

El Cirujano debe esperarla siempre y no alarmarse, temiendo un accidente de otra naturaleza.

Algunas veces he observado exaltación intelectual ó hiperexcitabilidad medular á consecuencia de las inyecciones del suero sódico. En una señora, sin antecedentes neuropáticos, se reproducían con cada inyección y duraban de seis á ocho horas.

VII

SHOCK.

Se designa bajo el nombre de *shock* ó de *choque*, un conjunto de signos depresivos que reconocen causas muy diversas y en medio de los cuales puede sobrevenir la muerte, después de las operaciones graves.

Este género de muerte alcanza su máximum en las operaciones quirúrgicas de la cavidad peritoneal.

La muerte por shock verdadero existe; pero esta palabra ha servido para ocultar cómodamente graves faltas quirúrgicas.

Ciertamente que en algunos casos la muerte se presenta por la conmoción nerviosa de los plexus peritoneales, como se presenta después de una contusión intensa del testículo ó del epigastrio.

Tarchanoff y Goltz han dado la explicación clara y detallada de estos reflejos inhibitorios que paralizan el corazón en diástole.

¿Pero se puede llamar shock á la muerte que llega después de una histerectomía, durante la cual el operador ha tomado con las pinzas de forcipresión constante, uno ó los dos uréteres?

¿Es shock la depresión mortal que acompaña el vaciamiento brusco de los grandes quistes anexiales ó la extirpación de esos enormes tumores uterinos? ¿No se ve acaso en estas circunstancias afluir rápidamente la sangre en capilares, venas y arterias que han estado vacías quizás durante muchos años y que anemian bruscamente la circulación bulbar? ¿No es esta una verdadera *hemorragia intravascular?*

¿La anestesia misma no es una causa posible de muerte rápida? M. G. Campbell describe la serie de fenómenos que hacen en la anestesia clorofórmica la diminución de las funciones vitales, y el shock en su esencia no es más que el abatimiento de la vitalidad.

Las hemorragias, muy particularmente aquellas bruscas y rapidísimas que suelen presentarse en ciertas operaciones, han traído anemias graves que no se ha vacilado en bautizarlas por shock.

La exposición prolongada de las vísceras abdominales al contacto del aire y de la luz; el enfriamiento de la enferma durante la operación, producido por los líquidos que la humedecen y evaporan en la superficie de su cuerpo; la intoxicación de la sangre por el abuso de los antisépticos ó la retención de los productos de descomposición del anestésico, en los casos de insuficiencia renal, ¿no son otras tantas causas que el Cirujano debe prever y evitar, para no ocultarlas luego con la máscara del shock?

Una vez iniciados los síntomas de shock, se recurrirá á fricciones secas sobre la piel de la enferma, á rodearla de abrigos calientes y de botellas llenas de agua cuya temperatura se ha elevado previamente; se la colocará en la posición declive, con la cabeza baja y las piernas levantadas; se le darán cucharadas de una infusión caliente de té ó de café con cognac, y se le pondrán inyecciones hipodérmicas de estricnina, de cafeina ó de aceite alcanforado.

Un excelente medio de reanimar á las enfermas, es la inyección abundante de suero artificial en el tejido celular subcutáneo.

Wylie habla con entusiasmo de la utilidad del lavado peritoneal con agua esterilizada y á 40 ó 44° de temperatura, como medio preventivo del shock.

Si los signos de colapsus no se modifican por este medio, se investigará si existe una hemorragia interna ó se temerá un principio de septicemia peritoneal.

Los accidentes renales se descubrirán por el examen de la orina, aun cuando no sea siempre cómodo el diagnóstico de ellos.

La intervención del Cirujano quedará basada desde luego, en este diagnóstico etiológico de los síntomas del shock.

VIII

DOLOR.

El dolor que sucede á una histerectomía se prolonga, por lo regular, algunas horas después de la operación.

El dolor es al principio agudo; pero cede rápidamente y se transforma en vago y sordo.

El operador debe exhortar á la operada para que tolere con resignación sus sufrimientos, haciéndole comprender que cesarán en breve plazo, que no tienen nada de extraordinarios puesto que son enteramente peculiares á la operación que ha sufrido y que los movimientos y los gritos le son altamente nocivos para su curación.

Solamente en los casos extremos de dolor se recurrirá á la inyección de un centígramo de morfina.

La prolongación de los dolores, más allá de las primeras veinticuatro horas, hará temer al Cirujano la existencia de algo anormal en el vientre.

La administración del opio ó de la morfina por la vía estomacal, está absolutamente contraindicada.

La evacuación de la orina, por medio de la sonda, suele calmar el dolor cuando la enferma no ha orinado espontáneamente.

IX

DELIRIO.

Al despertar del sueño clorofórmico, ó varias horas después, algunas enfermas suelen ofrecer signos de extravío mental.

Este delirio es ligero, tranquilo y enteramente transitorio.

La impresión profunda que la idea de una operación ocasiona, la violenta excitación que el sistema nervioso peritoneal sufre y el eco nocivo que sobre la corteza cerebral imprimen los traumatismos de los órganos genitales internos, explican estos trastornos mentales en las mujeres predispuestas á las neuropatías.

Si bien se conocen en la literatura médica observaciones de delirio post-operatorio que han alcanzado meses de duración; lo más frecuente es que este desequilibrio sea fugaz y en unas cuantas horas la paciente recobre sus facultades mentales.

No hay que confundir estas ligeras alteraciones de la imaginación con las psicosis tardías, casi siempre graves, que se presentan algunos meses después de las operaciones efectuadas sobre el útero ó sus anexos.

CLINICA QUIRURGICA.

(La Histerectomia.)

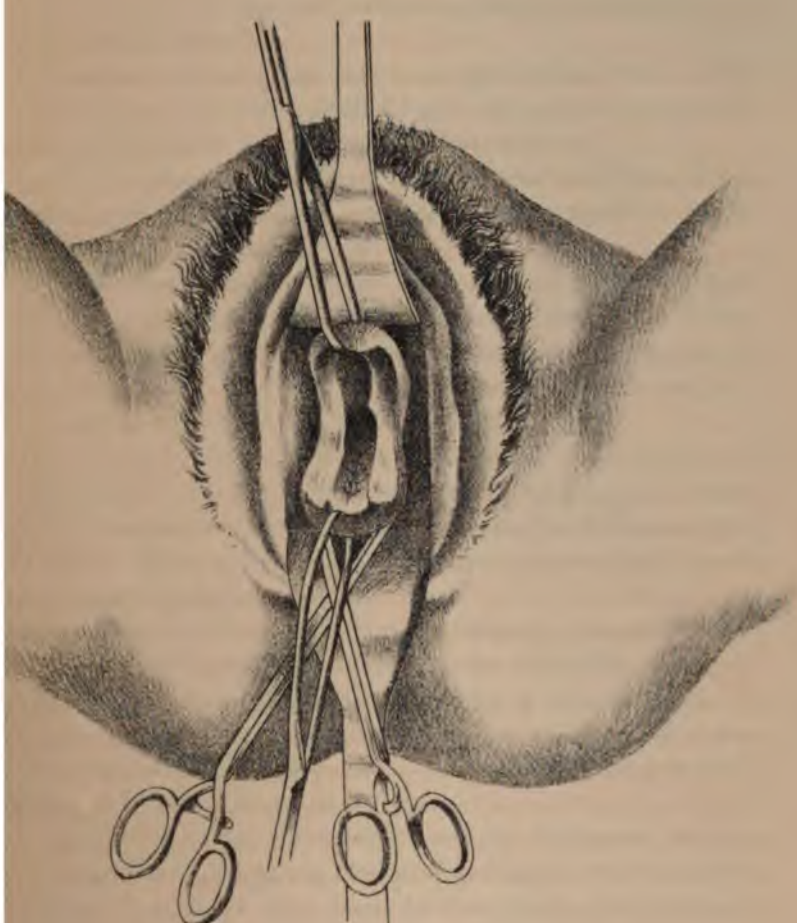


Fig. 77.—Histerectomía vaginal. (Procedimiento de Quénu-Müller).

X

VOMITOS.

Los vómitos son muy frecuentes después de las operaciones abdominales. Si son rebeldes y tenaces, pueden constituír una verdadera complicación.

Considerados comunmente como un epifenómeno de la anestesia, reconocen aquí como doble origen, la excitación de la red nerviosa peritoneal y la influencia del cloroformo.

Durante la operación impiden las maniobras del Cirujano, impulsando las asas del intestino hacia la cavidad pélvica y provocando hernias y eventraciones.

Después de ella, exponen á desgarraduras en las heridas peritoneales y tegumentosa, á la ruptura de las suturas ó al desprendimiento de las ligaduras, tanto vasculares como de los pedículos. Son un foco de angustias y dolores para la operada, y se hace preciso combatirlos con precocidad.

El Dr. Joaquin Vértiz, nuestro distinguido maestro, ha observado que los vómitos disminuyen de frecuencia y aun desaparecen, si se practica á la enferma una inyección de un centígramo de morfina y un miligramo de atropina, momentos antes de la administración del cloroformo.

Igual resultado se obtendría con la estricnina, inyectada á la dosis de cuatro miligramos, al terminar la operación.

Los vómitos duran, por lo común, de dos á treinta horas.

Cuando se prolongan más allá del segundo día, ó vuelven después de un período largo de calma, deben hacer temer una complicación por parte del peritoneo.

Aun cuando los vómitos sean siempre, por lo menos, un accidente desagradable, no faltan enfermas que acusen una sensación de bienestar después de ellos, pues expulsan gases estomacales y disminuye ligeramente la tensión de su vientre.

La costumbre de administrar á las enfermas agua de Seltz ó fragmentos de hielo, con objeto de disminuír los vómitos, es más nociva que útil. El mejor preventivo de los vómitos es la vacuidad absoluta del estómago.

Si la sed atormentase mucho á la paciente, es preferible utilizar las lavativas pequeñas y frecuentes de agua hervida ó las inyecciones abundantes de suero en el tejido celular.

La dieta, durante las primeras horas, debe ser absoluta.

Preciso es vigilar constantemente la curación abdominal, pues los esfuerzos de vómito podrían causar la ruptura de los planos de sutura y aun ocasionar la salida del intestino y su penetración entre las diversas capas de la curación.

He llegado á convencerme de que los vómitos post-operatorios en las intervenciones abdominales, son casi imposibles de evitar ó de contener.

XI

METEORISMO.

Las histerectomías que no se acompañan de cierto grado de parálisis intestinal, son excepcionales.

Sea el contacto del aire y de la luz, sea la acción nociva de los antisépticos sobre la serosa peritoneal, ó sea la acción directa del trauma, el hecho es que la tonicidad muscular del intestino se compromete y la parálisis se presenta.

El meteorismo es ligero en la mayoría de los casos y perceptible solamente por el aumento de la sonoridad en la percusión del epigastrio y de los hipocondrios. Suele, en ciertos casos, alcanzar proporciones enormes y hacer temer la existencia de una inflamación peritoneal.

Si el meteorismo se presenta durante las primeras horas de la operación, los vómitos y la aplicación de la sonda rectal bastan para apaciguarlo.

Las inyecciones subcutáneas de estricnina, á la dosis de tres ó cuatro miligramos, prestan reales servicios facilitando la vuelta de la tonicidad en las fibras musculares del intestino.

Pero si el meteorismo es tardío, si reconoce una causa mayor que la influencia traumática directa, entonces estos medios fracasan por lo común y hay que recurrir á otros más enérgicos.

La aplicación de un tubo en el cólon se impone, y las grandes irrigaciones excitantes del intestino se hacen urgentes.

El tubo de FOUCHET para el lavado del estómago, se presta bien para este objeto, introduciéndose profundamente en el cólon sin erodar la mucosa ni traumatizar el intestino. Cuídese que recorra bien la luz del canal intestinal y que no se detenga en la ámpula rectal y se enrolle sobre sí mismo.

Por el tubo se inyecta bajo presión una gran cantidad de alguna solución débilmente antiséptica, haciendo que el líquido salga entre las paredes del tubo y el ano.

Casi siempre esta maniobra alivia á las enfermas y les permite evacuar algo de los gases que distienden su intestino.

Las inyecciones intestinales calientes, se repetirán cada cuatro ó cinco horas.

Se ha indicado la punción del intestino con un trócar capilar, cuando el meteorismo, por su exageración, hace difícil el funcionamiento del diafragma.

En mi opinión esto es muy poco práctico. Cuando el meteorismo alcanza esas proporciones, el peligro de muerte, más que en la dilatación del intestino, está en la causa que la produce, que es casi siempre una peritonitis. Además, la punción capilar no permite una evacuación suficiente de gases para aliviar á la enferma, que sólo obtiene con la punción una causa más de dolor y de tormento.

Más ventajas podrían obtenerse en la combinación de los lavados del intestino con los del estómago.

La parálisis intestinal debe combatirse con precocidad.

Eminentemente nociva es la antigua práctica de administrar á esta clase de operadas altas dosis de opio. El opio está absolutamente contraindicado en estos casos.

Por el contrario, el uso de los excitantes del intestino y de los purgantes prematuros, es digno de elogio.

Las materias fecales y los productos de secreción y de descamación de la mucosa del intestino, se detienen en el canal por la ausencia de los movimientos peristálticos y sufren rápidamente fermentaciones y descomposiciones.

De aquí la producción de substancias eminentemente tóxicas, *toxinas*, susceptibles de provocar una septicemia general, y aun se cree, de infectar la serosa peritoneal, facilitando el paso de los gérmenes piógenos al través de las paredes intestinales.

La serosa peritoneal comprometida en sus funciones por la acción directa del traumatismo, no ofrecería resistencia á esta *diapedesis intestinal*.

Preciso es procurar el restablecimiento del curso en las materias intestinales, y el mejor medio de lograrlo está en el empleo de los purgantes asociados con las inyecciones de estricnina.

Desde las primeras treinta horas, salvo una contraindicación

por traumatismo directo del tubo digestivo, el purgante encuentra su utilidad.

Tres ó cuatro dosis de quince centigramos de calomel, procuran el movimiento suave y progresivo del intestino y producen dos ó tres evacuaciones de materias.

Hay utilidad en asociar al uso del calomel, la administración de lavativas purgantes.

Una pequeña, formulada con treinta ó cuarenta gramos de aceite de ricino, glicerina y vino rojo, de cada cosa, y seguida de una irrigación caliente y abundante del recto, hecha con una solución débil de biborato de sosa, es de efecto casi cierto.

Una vez obtenido el regreso de las funciones peristálticas, desaparece rápidamente el meteorismo.

XII

HIPERTERMIA.

Es verdaderamente notable la poca reacción febril que acompaña los accidentes sépticos en ese vasto campo de infecciones y septicemias, que constituye la gran serosa abdominal.

Las intoxicaciones peritoneales más graves pueden conducir á la muerte una operada, sin provocar movimientos ascendentes en la columna del termómetro.

Son, por el contrario, más frecuentes los movimientos de descenso.

La fiebre consecutiva á una histerectomía no adquiere, cuando existe, el carácter de las fiebres que aparecen después de otras grandes operaciones.

El termómetro es aquí engañador: las verdaderas indicaciones se encuentran en el pulso y en la respiración.

La hipertermia puede mostrarse durante las primeras horas consecutivas á la operación, sin que sea el indicio de un proceso de septicidad, dicen algunos autores.

Estas fiebres espontáneas se hacen muy sospechosas y siempre deben atraer la atención cuidadosa del Cirujano.

Por lo común estas fiebres, dichas *asépticas*, duran unas cuantas horas, y desaparecen.

Cuando la elevación de la temperatura se sostiene varios días

CLINICA QUIRURGICA.

(La Histerectomia.)

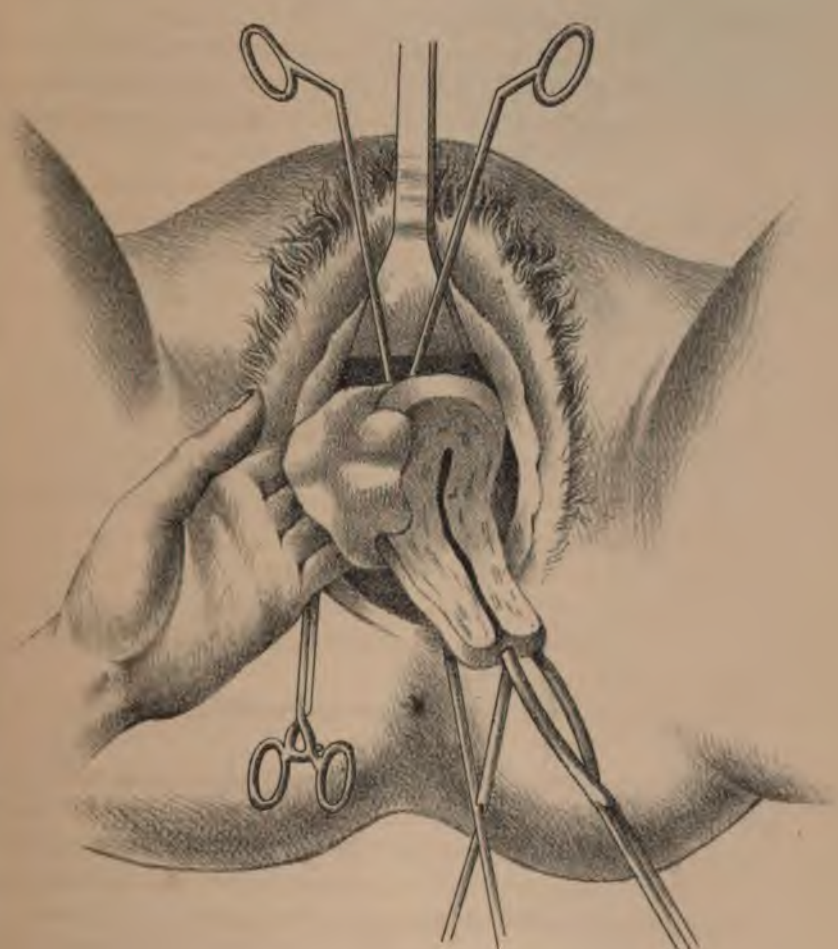


Fig. 78.—Histerectomia vaginal. (Procedimiento de Quénu-Muller).

Lit. del Timbre. Dr. Suarez Gamboa

y sigue una marcha regularmente progresiva, hay que temer la existencia de un foco inflamatorio.

Un purgante oportuno hace desaparecer la fiebre cuando el origen de ella se encuentra en el canal digestivo.

Si con la elevación de temperatura coinciden el aumento exagerado del número de pulsaciones, el meteorismo, el dolor en el vientre, las náuseas y la deformación de las facciones, hay que temer una inflamación del peritoneo.

Las temperaturas altas que se presentan del quinto día en adelante, parecen depender con frecuencia de una supuración tegumentosa.

Desde que la fiebre se declara hay que estudiar minuciosamente á la operada y buscar con escrupulosidad el foco de la hipertermia: ya es un flegmón desconocido; ya una inyección hipodérmica inflamada; ya un accidente visceral, tal como bronquitis ó neumonía; ya una recrudescencia de un padecimiento anterior, como el paludismo; ya la gangrena de un pedículo, etc., etc.

El Cirujano debe recurrir á toda su sagacidad para descubrir esta causa febril y desvanecerla.

Esta investigación no siempre es fácil.

XIII

DESGARRADURA DE LAS SUTURAS.

Como consecuencia de los esfuerzos en los vómitos, de accesos de tos ó de movimientos imprudentes, las suturas de la herida abdominal pueden desgarrar los tegumentos y los labios de la incisión se separan uno del otro.

Las asas del intestino salen fuera de la cavidad y se mezclan con las piezas de la curación.

Preciso es reducirlas y rehacer con precaución la sutura de los diversos planos comprendidos en la herida abdominal.

No obstante lo grave del accidente, parece ser que en los casos en que se le ha observado, el pronóstico operatorio no ha sufrido trastorno de ningun género.

Ni en mi práctica personal ni en la clínica de nuestros maestros, he tenido ocasión de observar semejante accidente jamás.

XIV

HIPOTERMIA.

Como resultado complexo de la hemorragia, de la exposición al aire de las vísceras abdominales y de la influencia del trauma sobre la inervación vascular, las operadas despiertan de la anestesia con temperaturas de 36° y aun de 35°5.

Desde que he sistematizado el uso de la estufa en mi Sala de Operaciones y la inyección abundante de suero artificial al terminar la operación, he dejado casi de observar estas hipotermias post-operatorias.

El tratamiento de la hipotermia se confunde con el del shock.

XV

PERITONISMO.

Mucho se ha dicho de ciertos accidentes graves que se observan después de las operaciones verificadas sobre el peritoneo, y que á falta de lesiones en las necropsias, se han dado en llamar reflejos peritoneales ó peritonismo.

Hoy se consideran estos síntomas como corresponde á su importancia, y con dificultad se oye hablar de los reflejos peritoneales de esta especie.

En las operaciones abdominales cuya técnica ha sido irreprochable, en las cuales las precauciones de asepsia fueron perfectas y no se tropezó con ningún incidente que pudiese haber contaminado ni aun levemente el peritoneo, el peritonismo no se observa jamás.

Peritonitis perfectamente desarrolladas, pero de evoluciones diversas, han sido declaradas manifestaciones reflejas del peritoneo y bautizadas con un nombre que impresiona menos la susceptibilidad del operador, que el de la tremenda complicación peritoneal.

Una peritonitis operatoria localizada en los contornos de una ligadura ó de un punto de sutura, puede, en ciertas personas de exagerada reacción nerviosa, tomar los caracteres de un acci-

dente grave y desaparecer con la misma rapidez con que se inició. Esta peritonitis circunscrita y resuelta, sería considerada peritonismo.

Una septicemia peritoneal aguda, presentándose unas cuantas horas después de la operación y causando la muerte de la operada con esa brutalidad que le es peculiar, no deja huellas ostensibles para la autopsía. He aquí una muerte imputable también al peritonismo.

Peritonismo se ha llamado también á ciertas intoxicaciones medicamentosas, á manifestaciones de origen francamente vesical é intestinal, y en fin, á un sinnúmero de accidentes que han pasado ignorados en su verdadera etiología.

Tanto en Cirugía como en Medicina, hay una colección de términos cómodos para no decir nada y para ocultar que sabemos aun menos. La palabra *peritonismo* es uno de ellos.

Considero inútil conservarlos, substituyéndolos por otros más adecuados á los hechos, aunque más riesgosos de emitir. Quizás sea el de peritonitis el que con más frecuencia reemplace á la palabra peritonismo.

XVI

PERTURBACIONES URINARIAS.

Para todo Cirujano un tanto familiarizado con las operaciones sobre el vientre, es un hecho de observación muy frecuente la acción inhibitoria que el traumatismo peritoneal ejerce sobre las fibras musculares lisas de la vejiga, paralizando este importante órgano á un grado más ó menos completo y durante un tiempo cuya duración fluctúa en términos bastante amplios; desde algunas horas hasta un mes.

Durante el día de la operación es indispensable vigilar cuidadosamente el funcionamiento de la vejiga y extraer la orina por medio del cateterismo aséptico, repetido de seis en seis horas, porque es de regla general que falten las micciones espontáneas, no tan sólo á causa de la atonía del tejido mismo de la vejiga, sino también por las dificultades que encuentran las enfermas en expeler su orina guardando el decúbitus horizontal.

La cantidad de orina eliminada durante las primeras veinticuatro horas, es corta, varía entre 500 y 700 gramos. Esta disminución se explica, tanto por la hipotensión vascular consecutiva al traumatismo operatorio, cuanto por la rigurosa dieta de bebidas á que ha debido sujetarse á la operada. Esta regla de la diminución constante de la diurésis, no comporta más que una excepción: aquellos casos en que, sea durante la operación, sea inmediatamente después de ella, ha habido necesidad de hacer inyecciones de suero artificial, que eliminándose por la orina, aumenta naturalmente su cantidad.

Una causa frecuente de muerte rápida después de la histerectomía y en general después de toda operación abdominal grave, es la uremia aguda. Esta terrible complicación ha sido desconocida multitud de veces, confundiéndose con el shock post-operatorio.

No solamente la serie de lesiones operatorias que pueden sufrir la vejiga ó los uréteres, expone á la uremia, sino que la insuficiencia renal suele reconocer como causa nefritis ó pielo-nefritis anteriores á la operación, y cuya presencia ha escapado á la investigación del Cirujano.

Es indicación constante y deber imprescindible del Cirujano que va á practicar la histerectomía, hacer un minucioso reconocimiento previo de los riñones y de la orina de la enferma, analizar y valorar sus perturbaciones cuando existan, no porque estas constituyan á mi modo de ver una contraindicación operatoria, como creen algunos cirujanos, sino porque agravan singularmente el pronóstico de la intervención quirúrgica y obligan al operador á ser más reservado en sus aseveraciones y á redoblar sus cuidados durante la operación y después de ella.

Cuando las perturbaciones urinarias son ligeras, puede decirse que no exigen ningún tratamiento, desaparecen solas y en muy breve plazo; por el contrario, cuando son intensas se hace indispensable atacarlas por cuantos medios estén en nuestra mano, siendo entre estos los más eficaces contra la atonía vesical: las inyecciones de estricnina, las de suero artificial y la faradización de la vejiga.

CLINICA QUIRURGICA.

(La Histerectomia.)

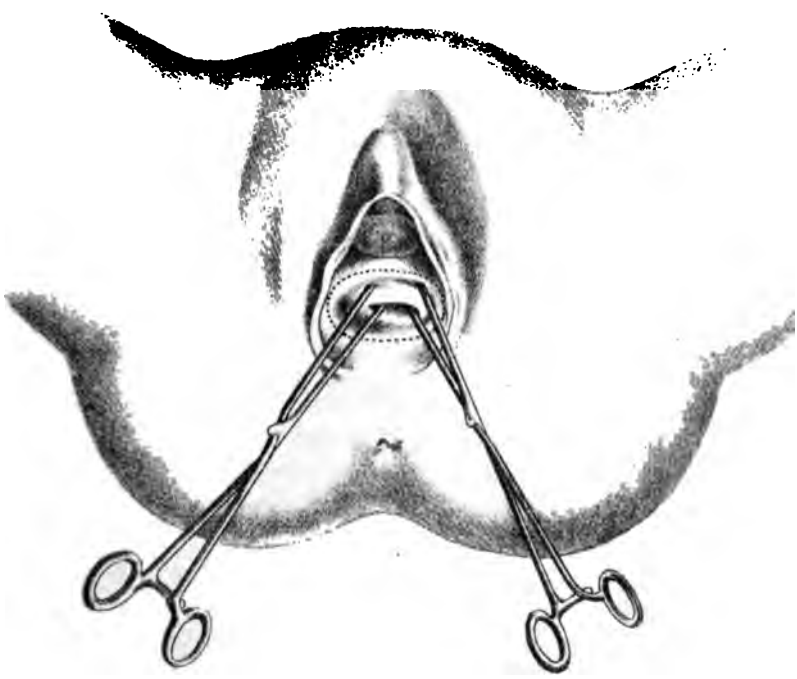


Fig. 79.—Traze de la incisión vaginal, en la histerectomía de Doyen.

Lit. del Timbre.

Dr. Suarez Gamboa

XVII

PHLEGMATIA ALBA DOLENS.

Cierto número de casos de histerectomía se complican con la aparición en una pierna de un edema duro y doloroso, con ligera elevación de temperatura. Estos accidentes que reconocen como causa la infección del sistema venoso en uno ó más departamentos de la circulación pélvica, no tienen comunmente gravedad.

El vendaje compresivo del miembro, la desinfección rigurosa de la vagina y del pedículo abdominal, si existe, y algunas inyecciones subcutáneas con pequeñas dosis de quinina, dan cuenta de esta pequeña complicación.

XVIII

PAROTIDITIS.

Excepcionalmente se habla de la inflamación de las glándulas parotideas, como consecuencia de las intervenciones quirúrgicas sobre los órganos genitales internos de la mujer.

Paget, Stephane y Goodell, junto con un gran número de cirujanos ingleses y franceses, han querido encontrar cierta *simpatía* entre las parótidas y los ovarios.

En verdad, creo que estas inflamaciones simpáticas debemos proscribirlas de las Patologías.

XIX

BRONQUITIS.

Sea por la acción directa de los anestésicos, sea por el enfriamiento durante la operación, ó bien por la exacerbación de padecimientos bronquicos antiguos, el hecho es que suelen presentarse bronquitis después de la histerectomía. Estas bronquitis

revisten en ciertas ocasiones caracteres de verdadera gravedad, pues la acumulación de la hipersecreción en los bronquios trae fácilmente la asfixia.

La posición dorsal, el temor á la tos y á los esfuerzos de expectoración, hacen que la enferma no elimine sus productos bronquíticos y que la dispnea y la hipercarbonización de la sangre se presenten amenazando seriamente la vida de la operada. En estas circunstancias es preciso no vacilar en la administración de vomitivos repetidos. La medicación tónica y estimulante debe constituír la base del tratamiento médico.

Lo dicho de la bronquitis se aplica á la *pneumonía* y á la *bronco-pneumonía*, que pueden también observarse en estas circunstancias.

XX

CARDIOPATIAS.

El corazón es muy sensible á las intoxicaciones. Las toxinas se manejan como verdaderos venenos cardiacos, y entre los antisépticos, hay tóxicos que como el yodoformo, alteran profundamente la vitalidad del corazón. Es en este órgano donde se manifiestan los primeros signos de la infección, y sobre todo, es en el organismo ya envejecido donde las cardiopatías septicémicas son de temer, pues las arterias no prestan ya el auxilio de su elasticidad.

La cafeina es el único medicamento que presta reales servicios en estos casos. Cuando el corazón late á 140 ó 150 por minuto. las aplicaciones frías en la región precordial, pueden calmar sus contracciones y levantar la energía de ellas.

XXI

SINCOPE.

La anemia aguda, la asistolia de las cardiopatías infecciosas. las embolias ó los accidentes bulbares, pueden causar en toda época de la histerectomía, la muerte por síncope.

Mi ilustrado colega el Dr. RICARDO E. TAPIA, ha observado un accidente sincopal sobrevenido cinco días después de la operación y terminado desgraciadamente con la muerte.

Durante la operación misma se había presentado un síncope, que no obstante su duración se había logrado combatir.

XXII

FLEMONES.

La septicidad de los hilos de sutura, las lesiones musculares de los rectos ó las infecciones diversas del tejido conjuntivo de los tegumentos abdominales, pueden ser causa de flemones y abscesos, en cualquier época de la evolución de una histerectomía.

La supuración se infiltra en las capas celulares del vientre y el absceso suele alcanzar grandes proporciones. No obstante su gran volumen, tiende siempre á abrirse paso al través de la piel, y como excepcionales se citan fenómenos de infección peritoneal consecutivos á ellos. Una vez evacuado el pus, la cavidad del absceso se cierra rápidamente y la abertura cutánea cicatriza sin accidentes. Cuando un hilo de ligadura séptico, ha causado el flemón, si este hilo no sale con el pus ó no lo extrae el Cirujano, la abertura del absceso persiste bajo forma fistulosa.

XXIII

FISTULAS.

Las ligaduras de seda, los tubos de canalización, la mortificación extensa de los pedículos fijos á la pared del vientre, la existencia de cuerpos extraños ó la comunicación de la piel con el interior de los órganos abdominales huecos, son en la gran mayoría de los casos, las causas responsables de la existencia de fístulas ventrales post-operatorias, en la histerectomía.

Las fístulas deben siempre ser curadas, pues además de ser causa de molestias y disgustos para la enferma, la exponen constantemente á todos los peligros de las ulceraciones.

El tratamiento racional consiste en suprimir la causa que las sostiene.

XXIV

EVENTRACION.

Como consecuencia de la abertura del abdomen, la hernia intestinal es muy frecuente. Estos accidentes son tardíos y no siempre llegan al conocimiento del operador.

La cura radical de estas eventraciones post-operatorias, puede hacerse de varios modos:

El procedimiento de SIMON consiste en rechazar hacia la cavidad abdominal todo el espesor de los tejidos comprendidos en el saco de la hernia, por medio de suturas en inversión.

MAGDL reseca todo el espesor del saco y de tejidos que le cubren y practica una sutura por planos.

El Dr. FRANCISCO DE P. CHACÓN diseca cuidadosamente el saco, utiliza ese peritoneo para formar una especie de tapón, amplio y resistente, y sobre él sutura los tegumentos abdominales por el orden riguroso de sus planos.

GOULLIOUD comienza por practicar una incisión elíptica que permite encontrar, en la periferia de la hernia y fuera de la cicatriz, las diversas capas de la pared. El segmento de piel comprendido en la incisión, se quita. Si las anfractuosidades del saco ó las adherencias epiploicas hacen temer el estrangulamiento herniario, se le reseca, si no, se le rechaza al interior de la cavidad. Hecho esto, se suturan los labios de la herida peritoneal,—si se resecó el saco—y la capa aponeurótica, los tejidos sub-cutáneos y la piel. GOULLIOUD no sutura la aponeurosis sobre la línea media, sino que descubriendo los bordes internos de los músculos rectos, sutura las hojas posterior y anterior de la vaina aponeurótica que los cubre, con las hojas correspondientes del lado opuesto.

XXV

MENOPAUSA ARTIFICIAL.

La extirpación del útero y sus anexos, trae la suspensión brusca y definitiva del molímen menstrual.

Esta suspensión no se verifica sin que multitud de fenómenos nerviosos y circulatorios se presenten. Entre los primeros, las

CLINICA QUIRURGICA.

(La Histerectomia.)

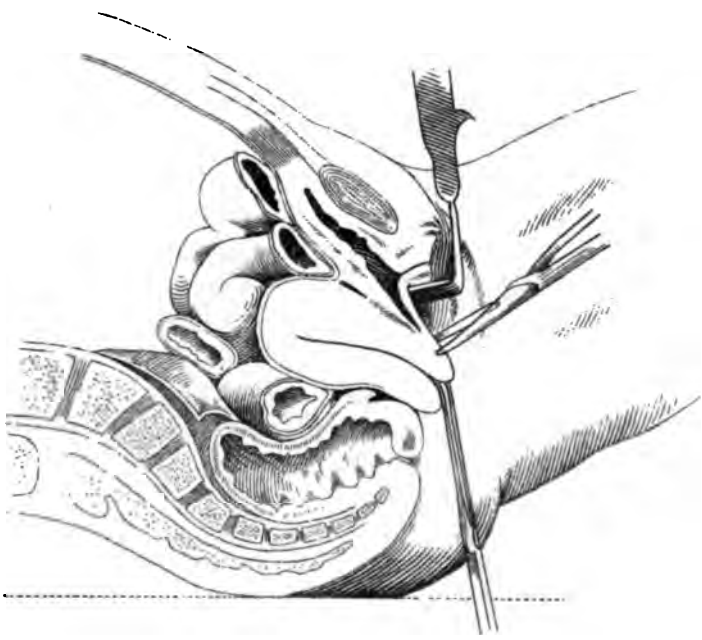


Fig. 80.— Histerectomia vaginal: abertura del fondo vaginal anterior. (Método Doyen).

Lit. del Timbre.

Dr. Suarez Gamboa

perturbaciones sensoriales, la histeria, las paraplegias, las psicosis, son de temer; y entre los segundos, las congestiones viscerales, las hemorragias vicariantes, etc.

Erupciones de todas clases suelen observarse durante las épocas que corresponderían á las reglas: acnéa, pénfigus, urticaria, eczema, etc., etc.

La vida de las enfermas llega á ser verdaderamente insoportable en los casos graves, y los ginecólogos buscaban en vano lenitivos á estos tremendos residuos de la histerectomía.

Felizmente BROWN-SÉQUARD presenta su teoría sobre las glándulas de secreción interna y la Terapéutica, funda sobre ella una escuela nueva de medicamentos orgánicos, que conocemos con el término de *opoterapia*. Desde BROWN-SÉQUARD, se admite la existencia en el organismo de ciertos productos cuya misión es aún poco conocida; pero que parecen ser excelentes depuradores de él, y que se producen constantemente en ciertos órganos, que como el cuerpo tiroides, los ovarios y las cápsulas supra-renales, se conocen hoy como *aparatos de secreción interna*.

La opoterapia ovárica ha sido estudiada muy especialmente por F. JAYLE, cirujano francés. Yo, aunque pocas, poseo algunas observaciones.

En Mayo de 1895, F. JAYLE comienza sus trabajos estudiando la acción de la substancia ovárica cruda, sobre la menopausa post-operatoria.

El 19 de Mayo de 1896, F. MAINZER, de Berlín, publicó un caso de mejoría en las perturbaciones debidas á la castración, por la ingestión de ovarios crudos. El resultado, aunque excelente, no se pudo estudiar largo tiempo.

El 7 de Abril de 1896, R. MOND narraba varias observaciones de operadas, que él había tratado con éxito por la ingestión de pastillas de ovarina, y consignaba el hecho de que la mejoría pide, para ser constante, la continuación del tratamiento durante largo tiempo.

El 9 de Mayo de 1896, F. JAYLE publicaba los resultados lejanos obtenidos en seis enfermas, tratadas, sea por las inyecciones de líquido ovárico (5 casos), sea por la ovarina (1 caso).

El 16 de Mayo de 1896, R. CROBAK daba sucintamente tres observaciones de enfermas castradas, en las cuales las perturbaciones se habían mejorado á consecuencia de la ingestión de substancia ovárica seca, y el caso de una mujer igualmente aliviada, en quien, estando los órganos genitales absolutamente normales, existían fenómenos graves de menopausa.

M. Lissac presentó el 10 de Junio de 1896 su tesis, con 18 observaciones de enfermas castradas, tratadas con éxito por la opoterapia ovárica.

El 18 de Junio, M. Muret; el 8 de Agosto Spillmann y Etienne; el 8 de Septiembre R. Mond; el 8 de Octubre Touvenaint; Carlo-Fedeli en Noviembre, Jacobs en Diciembre; el 13 de Enero de 1897 Senalor, y luego T. Federoff, Caratullo y Carulli, Latzko y Schnitzler, Jacobs, etc., etc., presentan en Congresos y sociedades médicas una larga serie de triunfos de la opoterapia ovárica en los accidentes de la menopausa.

Finalmente, en Abril de este año, 1898, F. Jayle publica 22 observaciones nuevas sobre los resultados de la opoterapia ovárica, y da un resumen de sus trabajos, en los cuales se inspiran mis ideas sobre el particular.

La substancia ovárica puede administrarse bajo tres formas diversas:

I. Al estado natural.
II. En polvo obtenido por la desecación del órgano.
III. En extracto glicerinado.

La administración del ovario al estado natural, es fácil y enteramente al alcance de todas las enfermas. Basta cortar la substancia ovárica en fragmentos muy pequeños, hacer bolos cubiertos con pan ázimo, cuyo peso sea de 10 gramos aproximadamente y tomar uno ó dos diarios. Este método tiene la gran ventaja de no modificar la substancia ovárica, que produce su máximum de utilidad; pero en cambio es poco aceptado por las enfermas, que acusan una invencible repugnancia en la aceptación del producto.

El extracto glicerinado se prepara según el método de Brown-Séquard—d'Arsonval, y se conserva en ámpulas de cristal de 3 á 5 centímetros de capacidad. Se utiliza una ó dos para cada inyección, que es poco dolorosa y supura muy rara vez.

El polvo obtenido por la desecación del órgano, comunmente llamado *ovarina*, se produce haciendo perder á la substancia ovárica su agua de constitución, á la temperatura ordinaria del animal al cual pertenecían los ovarios. Puede administrarse al natural, en obleas; ó asociado á otros productos medicamentosos, en pastillas. F. Jayle prescribe la ovarina al natural, á la dosis de 125 miligramos, en obleas muy pequeñas. Por lo general, basta una dosis al día, que se tomará de preferencia un cuar-

to de hora antes de la comida principal. Con objeto de evitar repugnancia ó sugestión en la enferma, es prudente no explicarle la naturaleza del medicamento que se le prescribe.

La medicación ovárica es muy fácilmente tolerada, y ningún autor ha señalado accidentes consecutivos á su administración.

Los resultados de ella son actualmente muy halagadores. Todas las estadísticas europeas se publican llenas de elogios hacia el nuevo método, que está llamado indudablemente á prestar reales é importantes servicios á la Terapéutica ginecológica.

Yo tengo diez observaciones favorables al empleo de la ovarina; pero la más antigua se refiere á un transcurso de catorce meses. En todas ellas los resultados han sido magníficos; pero ¿durarán? He aquí lo desconocido: de todos modos, su acción inmediata es segura y el empleo de la opoterapia ovárica muy digno de recomendación, en los casos de accidentes producidos por la menopausa artificial ó natural.

XXVI

PSICOSIS POST-OPERATORIAS.

Está fuera de duda que las intervenciones quirúrgicas sobre los órganos genitales de la mujer, pueden ocasionar trastornos en la ideación, que suelen llegar hasta la locura.

Estas psicosis post-operatorias se observan por lo común en las predispuestas, hereditarias ó adquiridas.

La gran familia de los *degenerados* ofrece reacciones delirantes variadísimas, que no esperan sino un pretexto para desarrollarse. Los traumatismos operatorios, las intoxicaciones medicamentosas ó sépticas, el menor choque moral, bastan para iniciarlas. Desde el degenerado más inferior, *el idiota*, hasta el degenerado más superior, *el genio*, todos ofrecen la característica del desequilibrio mental y de los eclipses de la voluntad ante los impulsos instintivos.

Incapaces de resistir á la acción de los tóxicos ó de las emociones, sus cerebros predispuestos, á la vez que los precipitan en el torbellino del desequilibrio, los impulsan á intoxicarse. El alcoholismo, el morfinismo, la intoxicación por la marihuana, acaban de preparar el terreno intelectual sobre el que se desarrollan.

De aquí que las psicosis estén latentes en ciertos organismos y que multitud de veces el operador se encuentre con mujeres ya delirantes, sin haber sufrido aún la influencia quirúrgica. Estos delirios *pre-operatorios*, no hacen más que exacerbarse con el choque traumático de la operación.

Indudablemente que esta variedad de delirio pre-operatorio era muchísimo más frecuente en la cirugía antigua, que en la moderna. Hoy la anestesia garantiza á las pacientes la ausencia del dolor, y esta seguridad en la falta del sufrimiento, hace menos pavorosa la idea de una operación.

Difícil, si no imposible, es en ciertas circunstancias asegurar la existencia de estas *psicosis pre-operatorias*, tanto más, cuanto que la mayoría de los operados tienen su imaginación vivamente impresionada y no siempre muy sólida.

Pero después de la operación, cuando á la influencia directa del cloroformo sobre la corteza cerebral—influencia perfectamente demostrada,—se unen la conmoción directa de los centros nerviosos, las intoxicaciones diversas, las lesiones de órganos tales como los genitales internos, íntimamente ligados con el sistema cortical del encéfalo, no es extraño que se presenten perturbaciones psíquicas.

Se ha querido negar á la intervención quirúrgica toda acción sobre el desarrollo de las psicosis, en las cuales sólo se pretende ver un fenómeno de la predisposición hereditaria ó adquirida.

Pero ni la predisposición hereditaria, ni la acción traumática operatoria, ni la triada sintomática recientemente señalada por GERARD-MARCHANT, podrán explicar satisfactoriamente la patogenia de estos trastornos, y la etiología de las psicosis post-operatorias continúa, hasta nuevos estudios, llena de problemas que nos son absolutamente desconocidos.

XXVII

ADHERENCIAS PERITONEALES.

Las adherencias epiplóicas ó intestinales constituyen una complicación lejana de las operaciones abdominales en general y de las ginecológicas en particular.

Suele suceder que el diagnóstico de estas adherencias permanezca desconocido hasta el día en que accidentes formidables de

CLINICA QUIRURGICA.

(La Histerectomia.)

Fig. 81.—Despegamiento de la cara anterior del útero, en la histerectomía vaginal de Doyen.

Lit. del Timbre. Dr. Suarez Gamboa

oclusión estallan: el intestino, sujeto por neo-membranas ó estrangulado con una brida cicatricial, revela la existencia de cicatrizaciones peritoneales deformes, cuando el clínico ni aun remotamente se las sospecha.

Otras veces son dolores vagos, sensaciones de estiramiento, cólicos ligeros y otros accidentes pequeños, los que despiertan la alarma de la operada y hacen nacer en la mente del Cirujano la idea de la formación de adherencias peritoneales post-operatorias.

El tratamiento de ellas varía con la naturaleza de los accidentes que provocan. En los casos ligeros pueden bastar el *massage* de la región supuesta adherente y la compresión ligera del vientre por medio de una faja hipogástrica adecuada; cuando los accidentes funcionales amenazan directamente la vida, el Cirujano no vacilará en reabrir el vientre, buscar la zona de adherencias y destruirlas.

XXVIII

SEPTICEMIA PERITONEAL POST-OPERATORIA.

El campo más fértil para la producción y desenvolvimiento de los brillantes problemas del Método antiséptico, el tema más moderno de estudio, entre todo el conjunto de esos fenómenos que constituyen los grandes procesos de la inflamación y de la septicemia, son indudablemente propiedad de la Cirugía moderna.

La septicemia peritoneal post-operatoria, presenta entre todas las infecciones de las grandes serosas, una notable importancia: la riquísima red vascular y nerviosa del peritoneo, sus ilimitadas facultades de absorción y su cercanía á los grandes órganos abdominales, algunos altamente sépticos é infectantes, explican esta preponderancia.

Hasta estos últimos años, la infección peritoneal se consideraba, salvo muy señaladas excepciones, como del dominio exclusivo de la Patología Médica, y en todos los casos, cuando se presentaba esta infección en el transcurso de algun acto quirúrgico, bastaba por sí misma la certidumbre de su existencia, para formalizar una contraindicación operatoria á toda tentativa ulterior.

Hoy la situación ha variado. El peritoneo no es ya el *nolli me*

tangere de antaño; se ha desprovisto de su formidable reputación de mortal intolerancia, y como terreno bien conquistado y sólidamente adquirido por los cirujanos actuales, se presta, cual amplio teatro, á todos los actos de la Terapéutica Antiséptica más exigente. Dúctil á todas las maniobras y obediente á todas las influencias quirúrgicas, es susceptible de modificarse, de transformarse, casi, ante la decisiva acción de nuestros métodos terapéuticos parasiticidas.

En las peritonitis, como en las pleuresías, se han realizado actualmente inmensos progresos con las teorías microbianas que descubren, explicándolos, día á día, los antes impenetrables misterios de estas inflamaciones, consideradas aun no hace muchos años, como constante y fatalmente mortales, y susceptibles hoy de completa y rápida curación.

Sin dejarnos arrastrar de optimismo quirúrgico, podemos prever que no está muy lejano el día en que la moderna Terapéutica de las serosas inflamadas, reuna en un solo capítulo todo el tratamiento de las pleuresías, las peritonitis, las pericarditis y las infecciones de la gran serosa encefálica, que hasta hoy parece alejada de nuestros grandes recursos quirúrgicos, tal vez por lo innumerable de sus pliegues y por la profundidad de sus prolongaciones accesorias.

Solamente analizaremos las lesiones anatomo-patológicas de la serosa peritoneal infectada y los detalles íntimos del proceso séptico flogógeno, en la pequeña extensión indispensable para la fácil interpretación de la patogenesia y para la determinación exacta y cómoda de las bases generales del tratamiento y de las indicaciones particulares de la Terapéutica sintomática.

Sin olvidar que el peritoneo posee facultades extraordinarias que lo hacen eminentemente apto para la absorción de todos los líquidos derramados en su cavidad, y para la cicatrización de todas las lesiones ó traumatismos de su superficie, dejaremos á los fisiologistas el estudio de sus funciones biósicas y funcionales, y á los bacteriologistas la resolución de las diversas cuestiones patogénicas que puedan surgir de la etiología directa de las peritonitis.

Si las peritonitis son sépticas ó asépticas; si hay inflamaciones idiopáticas ó *á frigore*, son discusiones que están ahora fuera de mi competencia.

El gran epiplóon, pliegue fácilmente móvil, parece dotado de una especie de instinto particular, que le induce á buscar todos

los puntos débiles ó sufrientes del peritoneo y que le guía siempre que en la cavidad del abdomen hay una abertura que cerrar, una solución de continuidad que cicatrizar ó una superficie destruida que reparar.

Para conducir con mejor provecho mis estudios acerca de la formidable complicación de la Cirugía abdominal, dos vías se me han presentado: fué la primera, la compilación y el análisis de las estadísticas y de los documentos peculiares á la cuestión, que se han publicado y que se publican por los autores de ultramar y de ultra-Bravo; la segunda, estaba basada en el resumen de mi reflexión meditativa personal, y en la investigación de mis observaciones clínicas propias, interpretadas, juzgadas y profundizadas por mi especial y particular criterio.

Lejos de mi ánimo está rechazar las estadísticas extranjeras; pero cuando mis estudios son meramente personales, cuando procuro robustecer mis conocimientos analizando detenidamente el conjunto de las impresiones clínicas que han constituído mis ideas y que me han dotado de pensamientos propios, creo más lógico, más justo con los principios de las ciencias experimentales, recurrir á mis propias producciones, reuniendo todas las potenciales de mis esfuerzos y basando mis conclusiones teórico-prácticas sobre el determinismo experimental de mi trabajo propio; procurando, á la vez, transformar las conjeturas de mis estudios clínicos en hechos irrefutables, por mí, perfecta y minuciosamente conocidos. Las estadísticas, documentos más ó menos alterables, casi nunca comprenden todos los casos; muchos permanecen en la más completa obscuridad: los cirujanos se apresuran á publicar ruidosamente sus éxitos, que adornan con un verdadero lujo de detalles; pero en su gran mayoría se muestran muy reservados en la publicidad de sus reveses quirúrgicos, que siempre cubren con explicaciones más ó menos verídicas, procurando velar la torpeza, la ignorancia, la imprevisión ó la imposibilidad práctica, con razonamientos forzados, susceptibles de adulterar la narración rigurosa de los hechos.

Debo decir, en tal sentido, que ha sido de mi experiencia propia, de mi sola observación, del caudal rico de mis impresiones clínicas y de mi reflexión personal, de donde he tomado los elementos que constituyen la vía por donde se dirigen mis investigaciones y por donde se encaminará y desenvolverá nuestro estudio.

Las teorías modernas de la patogenesia y del tratamiento de las inflamaciones de las serosas, las he confirmado en gran parte

durante mis estudios clínicos, y con el resumen de mi experiencia procuraremos establecer el tratamiento de las peritonitis post-operatorias, sobre bases justas, lógicas y constantes.

Mis esfuerzos no han sido estériles: he logrado reunir un conjunto de datos clínicos en una estadística no pequeña y hasta ahora desconocida en nuestras Clínicas de México, y me atrevo á esperar que mis estudios llamarán aun más la atención sobre un método cuya excelencia estoy en aptitud de demostrar.

No obstante que la antisepsia del peritoneo está algo conocida y su bibliografía empezada á formar, importa dejar bien delineadas multitud de indicaciones terapéuticas que los libros no señalan aún suficientemente.

Fué durante el año de 1876, cuando WEGNER señaló por primera vez la influencia de la septicemia en las muertes ocurridas después de las laparotomías. Para él, la septicemia post-operatoria era una de las causas más frecuentes de muerte, y las lesiones peritoneales, productoras de una intoxicación violenta, no serían visibles sino cuando los accidentes evolucionaran lentamente.

La faz experimental de la cuestión se inició con los trabajos de GRAWITZ y de PAROLOWSKY sobre la acción de los microbios piógenos, y continuó y se completó con los estudios de LARUELLE, de WATERHOUSE, de FRANKEL, de TAVEL, de LANZ y de BUMM.

JAYLE ha publicado recientemente un trabajo completo que detalla la septicemia post-operatoria, y al que acompaña un resumen de sus estudios personales y de sus investigaciones llenas de originalidad.

La *causa* constante de la septicemia peritoneal aguda, es la invasión del peritoneo por los diversos gérmenes flogógenos.

De las experiencias de GRAWITZ, de REICHEL, de ORTH, de WATERHOUSE y de BURGINSKI, parece deducirse que el peritoneo puede tolerar, sin la producción de accidentes inflamatorios, el contacto directo de los microbios. Estos experimentadores introducen en la cavidad peritoneal cultivos puros de microbios no piógenos, sin que se produzcan accidentes ni con dosis enormes de cultivos. Los microbios piógenos mismos no producen accidentes sino cuando hay lesiones concomitantes ó anteriores á ellos que comprometan ó paralicen las funciones del epitelio peritoneal. El peritoneo es mucho más tolerante de lo que es clásico admitir.

CLINICA QUIRURGICA.

(La Histerectomia.)

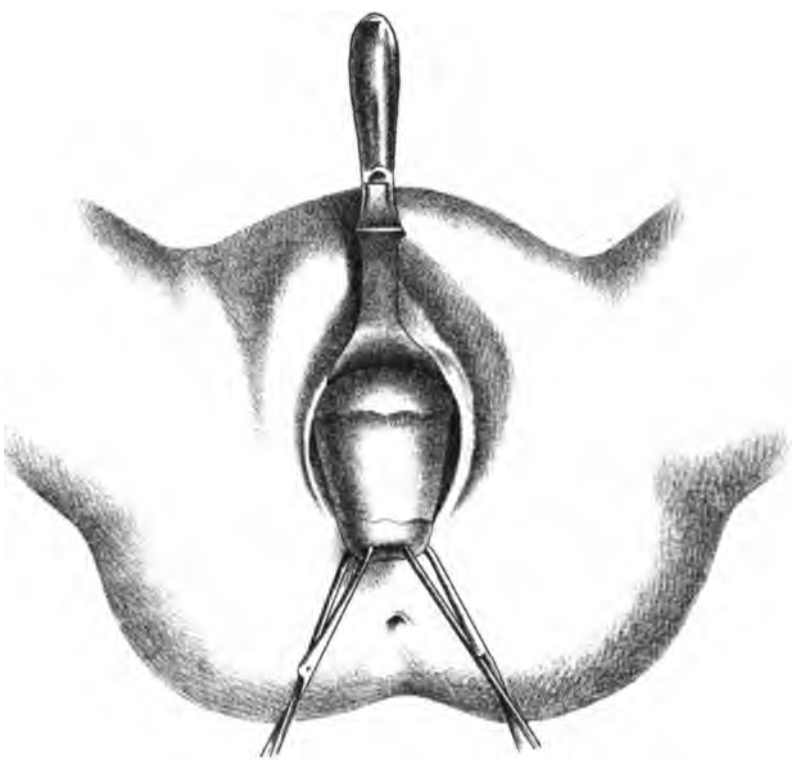


Fig. 82.—Utero libre de sus inserciones vaginales, preparado para la hemisección. (Doyen).

Lit. del Timbre.

Dr. Suarez Gamboa

En la producción de las peritonitis, tres son los factores que concurren:

I. *El microbio.*
II. *El peritoneo* y
III. *La retención de líquidos en la cavidad peritoneal.*

Véamos separadamente cuáles son esos efectos y cómo obran en la producción de la septicemia peritoneal estos diversos agentes.

I.—El microbio.

El agente habitual de la septicemia peritoneal es el streptococus; pero con cierta frecuencia obsérvanse otros microbios que ya solos ó asociados, contribuyen también al proceso séptico del peritoneo. Estos microbios son:

I. *El streptococus de* OGSTON.
II. *Los estafilococus de* ROSEMBACH, *de* PASET y *de* GUTTMANN.
III. *El bacterium coli de* VIGNAL.
IV. *El pneumococus de* FŒNKEL.
V. *El gonococus de* HALLEIR *y de* NEISSER.
VI. *El vibrión séptico de* PASTEUR *y algunos otros menos frecuentes.*

Estos microbios se encuentran en la serosidad ó en el pus peritoneal: ¿pero cómo han llegado hasta ahí?

Las más de las veces estos agentes de la muerte vienen al peritoneo conducidos por el cirujano mismo ó por sus ayudantes. Las manos del operador, particularmente las uñas; los instrumentos, las compresas, los tapones de algodón—las esponjas, en los cirujanos que las emplean aún,—los hilos de las ligaduras, etc., etc., y todos los agentes exteriores, en una palabra, que vienen á ponerse en contacto, directa ó indirectamente, con la serosa, pueden ser el vehículo inesperado de la infección microbiana.

La abertura, durante la operación, de colecciones purulentas abdominales, ya existentes; las desgarraduras de quistes inflamados; la ruptura de salpingitis purulentas quísticas; las incisiones de ciertos tumores infiltrados ya de gérmenes, tales como ciertos fibro-miomas degenerados; la destrucción de tejidos infiltrados de gérmenes, como se observa en algunos casos de oofo-

ro-metro-salpingitis; ó por último, la abertura de cavidades que como la intestinal, la uterina, la vesical, en ciertos casos, y la salpingea, infectadas ya, son también responsables de la contaminación peritoneal y de la septicemia.

Es muy probable que un gran número de septicemias ocurridas después de las histerectomías supra-vaginales, de pedículo intra-peritoneal, ó después de las histerectomías vaginales, reconozcan como origen la abertura de la cavidad uterina insuficientemente desinfectada. Yo he visto morir un niño de septicemia peritoneal, por la abertura operatoria de su vejiga séptica y el derrame, en el peritoneo, de una pequeña cantidad de esa orina purulenta.[1]

Por lo que á los piosalpinx toca, se dice que el pus de la trompa en multitud de los casos es estéril, es decir, está desprovisto de microbios y puede considerarse inofensivo para el peritoneo: esta opinión es de los bacteriologistas. Dejando á ellos encomendada la verificación de ese aserto; legando á micrógrafos de la talla de MANUEL TOUSSAINT, de ANGEL GAVIÑO, de JOSÉ P. GAYÓN ó de JOSÉ MEZA GUTIÉRREZ, la ratificación de los trabajos de WITTE y de los autores que aceptan la esterilidad del pus salpingeo ó la de los de VEIT y de sus partidarios que la niegan; nosotros colocados desde el punto meramente clínico, debemos asentar que el derrame del pus salpingeo, en la cavidad del abdomen, es culpable de un gran número de septicemias rápidamente mortales. Si fuera á juzgar todos los casos de contaminación peritoneal por pus salpingeo, según las impresiones que mi observación me ha procurado, sería yo un fúnebre fatalista: nunca he visto, ni en mis manos, ni en las de mis maestros ó amigos, un solo caso de derrame purulento salpingeo, en la serosa peritoneal, que no haya sido seguido de una peritonitis más ó menos intensa. Estas peritonitis podrían en ciertas ocasiones pasar desapercibidas ó ser bautizadas con nombres cómodos, tales como peritonismo, schock, meteorismo, ó algún otro; pero si se analizan bien los casos, si se medita bien la evolución de ellos, se tiene que reconocer al fin, la participación sorda, pero no menos grave, de la infección peritoneal.

Acéptese en buena hora la esterilidad ó virulencia del pus salpingeo; admítanse como probantes todas las experiencias que se describan y publiquen; *pero clínicamente, procédase siempre con gran desconfianza y considérese constantemente el pus sal-*

1 Leobardo N. . . . , operado en el Estado de Michoacán, ante los Drs. ALVAREZ, MADRIGAL, PEÑA, TORRES y algunos otros.

pingeo, cualquiera que sea su aspecto, como el cultivo más virulento de microbios patógenos que pueda verterse en el peritoneo. De este modo, aunque la experimentación clínica pierda oportunidades valiosas, la vida de la operada estará constantemente protegida.

Hay otros modos de penetración de los microbios á la cavidad del peritoneo: son estos, uno, por rupturas vasculares ó emigración de los microbios al través de las paredes de los vasos sanguíneos; y otro, por diapedesis séptica intestinal.

Experimentalmente se ha podido producir la peritonitis, después de la inyección de cultivos de microbios patógenos en la sangre, ó irritando luego la serosa. La realidad de este modo de infección no se puede negar, y aun cuando en el terreno de la práctica no se observe casi nunca, este mecanismo de la septicemia no es malo tenerlo presente. Esta teoría de la infección por el aparato circulatorio, supone desde luego la existencia de una infección previa de la sangre.

De otro modo importante es la septicemia peritoneal por diapedesis séptica del intestino. Entiendo por *diapedesis séptica intestinal*, el paso de los microbios al través de las paredes, intactas ó poco alteradas, del intestino.

Este fenómeno es enteramente análogo al paso de los glóbulos de la sangre, al través de las paredes intactas de los capilares sanguíneos; á la diapedésis de CONHEIN.

En la hernia estrangulada, la emigración de los microbios al través de las paredes del intestino, hasta llegar al saco de la serosa, ha sido perfectamente demostrada por las investigaciones de NEPVEU, de CLADE, de BONNECKEN y de GARRÉ. BONNECKEN ha llegado á demostrar que no es necesario para que se realice el paso de los micro-organismos al través de las paredes del intestino que este haya sufrido graves modificaciones: basta una ligera estasis venosa.

No menor importancia que estos estudios de BONNECKEN, tienen los trabajos de KLECKI, quien también ha contribuído mucho á dilucidar esta cuestión. Según KLECKI esta emigración bacteriana reconoce dos orígenes: primero, la absorción de las toxinas, y segundo, la emigración de los microbios. En la parálisis intestinal, la estasis de las materias dota á éstas de una extrema virulencia: los gérmenes ahí contenidos pululan con extraordinaria rapidez y adquieren más y más energía y toxicidad; los productos de sus secreciones, es decir, las ptomainas, penetran

á la circulación intestinal y peritoneal, produciendo una alteración de la serosa que bien podría ser una peritonitis tóxica. Esta peritonitis tóxica se transforma rápidamente en peritonitis infecciosa, por el paso de la flora microbiana del tubo digestivo, al través de las paredes paralizadas del intestino.

La parálisis del intestino tiene en esta variedad de infección peritoneal una importancia capital. Consecuencia ella misma de la peritonitis inicial, no tarda en facilitar la inundación de gérmenes piógenos en serosa peritoneal, tanto más activos cuanto mayor es la parálisis del intestino y cuanto más dura el estancamiento de las materias intestinales en fermentación.

Cuando una asa de intestino ha sufrido una decorticación grave, durante la destrucción de las adherencias con un neoplasma, por ejemplo, se comprende que el fenómeno de la *diapedesis séptica intestinal*, se halle en condiciones eminentemente favorables para su verificación.

De cualquier modo que se verifique la llegada de los microbios al peritoneo, es necesario para que la infección se produzca: ó bien que la virulencia de ellos se encuentre exaltada, ó bien que las facultades de resistencia de los tejidos se hallen disminuídas.[1] Desde los análisis de METCHNICOFF sobre el fagocitismo, conocemos bien la serie de fenómenos que salvan el organismo de la invasión microbiana ó que lo entregan á todas las consecuencias de esta invasión.

Ya hemos visto los microbios que más comunmente atacan el peritoneo y el modo como llegan al desempeño de su papel; véamos ahora las condiciones que facilitan su acción sobre el organismo, privándolos de la resistencia del terreno que invaden.

II.—El Peritoneo.

Multitud de circunstancias locales y generales ejercen su influencia sobre la serosa del vientre, para permitir que los microbios establezcan colonias en ella y se diseminen en toda su superficie.

Entre estas condiciones locales, la principal en frecuencia é interés, es la *irritación directa del peritoneo*.

La inyección de cultivos de microbios en la cavidad de un pe-

1 SUÁREZ GAMBOA. De la infección.

CLINICA QUIRURGICA.

(La Histerectomia.)

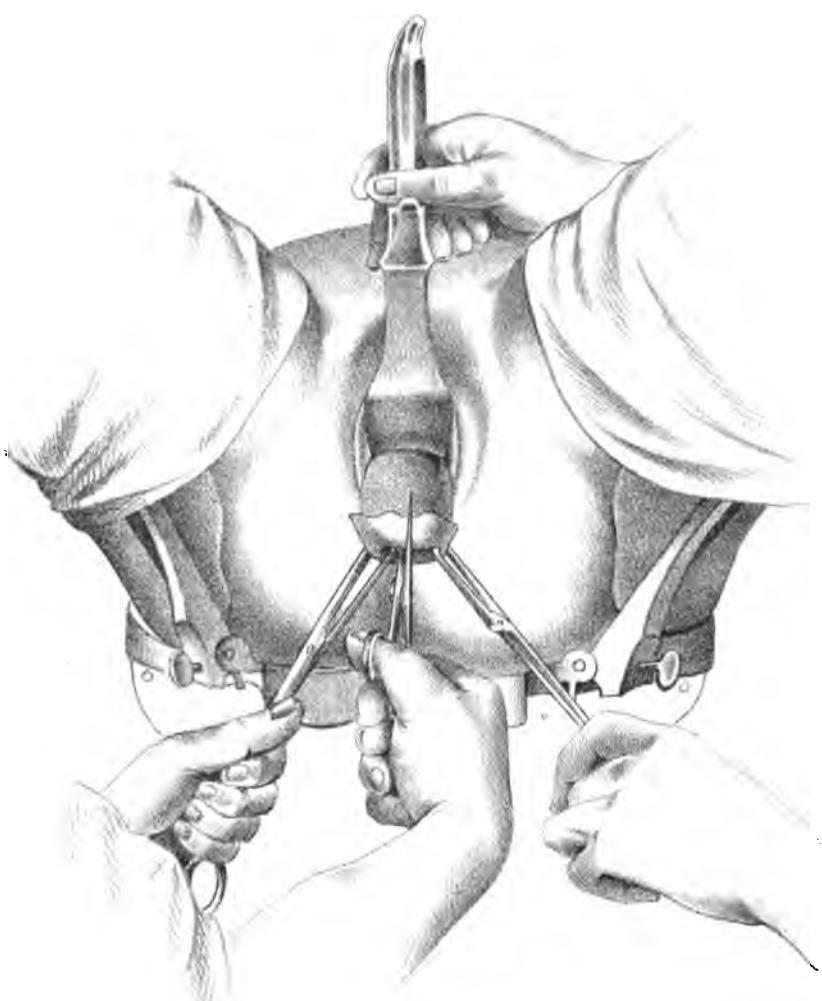


Fig. 83.--Hemisección anterior del útero en la histerectomía de Doyen.

Lit del Timbre.

Dr. Suarez Gamboa

ritoneo intacto, no es seguida de reacción; mientras que accidentes violentos de intoxicación se manifiestan después de la inyección séptica, cuando la membrana peritoneal ha sido irritada ó traumatizada con anterioridad. Sin embargo, esta lesión del peritoneo puede no ser indispensable para la producción de la peritonitis; pero entonces se trata de cultivos microbianos extraordinariamente virulentos.

La irritación peritoneal por el acto operatorio verificado, tiene un papel considerable en la patogenia de las peritonitis. La aplicación brutal y repetida de los instrumentos quirúrgicos, las maniobras toscas ó poco delicadas, los frotamientos inmoderados de la serosa con tapones de algodón ó con esponjas duras, el uso irracional de las substancias antisépticas, la exposición directa y prolongada del peritoneo á la influencia del aire y de la luz, los estiramientos ó desgarraduras de las suturas, la excesiva presión de ciertas ligaduras, etc., etc., son otras tantas causas de irritaciones graves del peritoneo.

La extensión de la zona irritada y la duración de la causa de irritación, tienen también notable influencia sobre la susceptibilidad del peritoneo. En este sentido, las adherencias peritoneales anteriores á la operación, pueden tener benéfica influencia, constituyendo elementos decisivos de protección. La infección peritoneal, en igualdad de condiciones contaminantes, es tanto más terrible cuanto mayor ha sido la zona de serosa irritada. Por eso en ciertas histerectomías vaginales por flemones supurados de la pelvis ó en algunas formas de ooforo–metro–salpingitis purulentas quísticas, en las que grandes adherencias peritoneales separan los órganos pélvicos del resto de la cavidad abdominal, la septicemia peritoneal consecutiva á la operación y al derrame del pus de los abscesos ó de los pio–quistes incindidos ó desgarrados, aunque grave, es siempre menos grave que la septicemia que se presenta después de las histerectomías sin adherencias pelvi–peritoneales, por ejemplo, en los casos de ooforo–metro–salpingitis purulentas no quísticas, durante las cuales los líquidos de la operación han alcanzado mayor extensión de peritoneo y los instrumentos y manos del operador han estado en contacto é irritado mayor número de asas intestinales, extremadamente móviles en estos casos.

Parece que mientras más laboriosa es una histerectomía por el número de sus adherencias, más recompensa encuentra el Cirujano por su ruda labor, con la benignidad de las consecuencias de su operación.

De todo esto se desprende como conclusión práctica, que si las lesiones ó irritaciones del peritoneo predisponen á la infección, preciso es evitarlas con toda atención, ó reducirlas, por lo menos al mínimum: se buscará este fin, protegiendo el intestino con finas compresas asépticas, manejando delicadamente todos los instrumentos, realizando con mucha suavidad todas las maniobras y evitando ejecutar las que se consideren inútiles; defendiendo el peritoneo de contactos peligrosos, proscribiendo el uso de los antisépticos en el interior de la cavidad, salvo en un muy pequeño grupo de indicaciones y procurando, sobre todo, abreviar todo lo posible la duración del acto operatorio.

Las operaciones abdominales prolongadas, predisponen en gran modo á la infección peritoneal, no solamente porque en las maniobras largas las faltas operatorias y los peligros de contaminación son mayores; sino porque también los traumatismos prolongados y la anestesia larga, obran produciendo el *shock*, disminuyendo la vitalidad, abatiendo los cambios intracelulares, debilitando la energía del corazón, y, en una palabra, agotando la resistencia del organismo y preparando el triunfo de la infección en una lucha que será enteramente desigual.

Esto puede explicar, tal vez, la bondad de las estadísticas de los cirujanos que, como yo, nos preocupamos constantemente no sólo por operar bien, sino por operar con gran velocidad manual, procurando reunir á la suavidad la destreza.

Otra causa de no menor importancia en la producción de la irritación peritoneal, es la *existencia de cuerpos extraños* en la cavidad del abdomen. Si es cierto que los cuerpos extraños asépticos pueden ser tolerados largo tiempo por el peritoneo sin provocar accidentes, no es menos cierto que son una causa de irritación constante de la serosa y que la contaminación más ligera, puede ser causa de accidentes formidables. Hay que preocuparse por la profilaxia de estos cuerpos extraños que no siempre son terapéuticos y que pueden ser *olvidos ó distracciones* de ciertos operadores. . . . *descuidados*.[1]

De los cuerpos extraños sépticos, no tengo nada que decir: en ellos se reunen todas las circunstancias más favorables para la infección, y la septicemia no se hace esperar mucho ni economiza sus destrozos.

1 Entre los cuerpos extraños post-operatorios, célebres, se habla de un fragmento de cordel, que comprimía el pedículo en una histerectomía, de dos ó tres pinzas de forcipresión, de unas tijeras curvas, etc., etc.

A todas estas causas locales de infección, se agrega la influencia predisponente de las *causas generales*; es decir, de las intoxicaciones, de las diátesis, del paludismo, etc., etc. Las lesiones preexistentes en ciertos órganos, tales como el hígado y los riñones, facilitan asombrosamente la infección y la septicemia. Las lesiones del corazón son también de gran influencia funesta.

Vamos viendo cómo la infección encuentra gran número de ventajas, para realizarse con éxito, en el microbio mismo y en el peritoneo; nos faltan aún otras tan interesantes como las anteriores: las que dependen del medio extra-peritoneal.

III.- Retención de líquidos en la cavidad del peritoneo.

La facultad de absorción del peritoneo al estado normal, es casi ilimitada. Según TRÉVES, la superficie de la serosa es igual á la de la piel: la potencia de absorción del peritoneo permite, incuestionablemente, la extracción de todos los líquidos, microbios y productos solubles depositados en su cavidad; y si los riñones están sanos, estos elementos extraños se eliminarán rápidamente de la economía.

Desgraciadamente, cualquiera irritación ligera del peritoneo, destruye el pulimento de su superficie, desprendiendo el endotelium, y entonces, como lo han demostrado las experiencias de FRITSCH y de TAVEL y LANZ, la serosa pierde toda su facultad de absorción, los productos nuevos se depositan en su cavidad y los gérmenes hallan allí magnífico medio de cultivo.

La irritación operatoria del peritoneo, es causa suficiente para hacerle perder sus aptitudes fisiológicas, y si no hay un punto declive bien abierto para que se haga el desagüe mecánico de la cavidad, los líquidos post-operatorios se acumulan en ella.

De los líquidos post-operatorios susceptibles de acumularse en la cavidad abdominal, el más peligroso, indudablemente, es la sangre. La hemorragia que se verifica después de las intervenciones quirúrgicas del útero, produce un depósito de sangre en el fondo de Douglas, que constituye un excelente caldo para los microbios: el suero sanguíneo es uno de los mejores medios de cultivo que se conocen.

Los microbios que en un peritoneo normal pasan desapercibidos para la economía, producen accidentes mortales de septicemia peritoneal, cuando en la cavidad encuentran depósitos de

líquidos aptos para su reproducción y pululación. WATERHOUSE, por ejemplo, inyecta en la cavidad del peritoneo cultivos de estafilococus aureus, diluídos en agua: el animal queda indemne. Agrega sangre y el animal muere. Los recientes análisis de ORTH, PAWLOOSKY, REICHEL, PICHEVIN y BUMM, han confirmado plenamente los experimentos de WATERHOUSE.

No menor importancia que los depósitos sanguíneos peritoneales, tienen los derrames ascíticos. La ascitis constituye también un excelente medio de cultivo para los gérmenes de la infección y para la difusión de ellos en toda la serosa abdominal. Se conocen casos de septicemia peritoneal, en los cuales la influencia funesta de la ascitis ha podido demostrarse: LABADIE LAGRAVE y FÉLIX LEGUEU, han visto varios casos de esta naturaleza.

De esta influencia poderosa de las retenciones de líquidos orgánicos en la cavidad peritoneal, se deduce, como regla práctica inmutable, que hay que recurrir á la canalización del peritoneo, toda vez que después de una operación abdominal se tema la producción de una hemorragia ó el depósito de líquidos en la cavidad.

Cuando se practica la abertura del vientre en una enferma atacada de infección peritoneal post-operatoria, las lesiones que se encuentran varían con la naturaleza de la infección y con la duración de ella. Por lo común, dos son las formas que más comunmente se observan en la septicemia peritoneal post-operatoria: *la septicemia peritoneal sobreaguda* y *la peritonitis purulenta.*

La *peritonitis purulenta* cada día se observa menos, después de las operaciones sobre el abdomen. Se caracteriza por la presencia en la cavidad peritoneal, de un pus flegmonoso que puede estar difundido en toda la cavidad ó encerrado en uno ó varios focos aislados. Cuando el pus está libre, tiende á acumularse en las partes declives, excavación pélvica y flancos: no pocas veces este pus se halla mezclado con materias fecales, bílis, orina ó sangre, según la variedad de peritonitis. Cuando el pus se halla aislado, se le encuentra rodeado por falsas membranas y por asas intestinales, aglutinadas, que constituyen un verdadero quiste. Estas colecciones enquistadas, rodean, por lo común, la región ú órgano al nivel de los cuales la contaminación peritoneal se verificó.

CLINICA QUIRURGICA.

(La Histerectomia.)

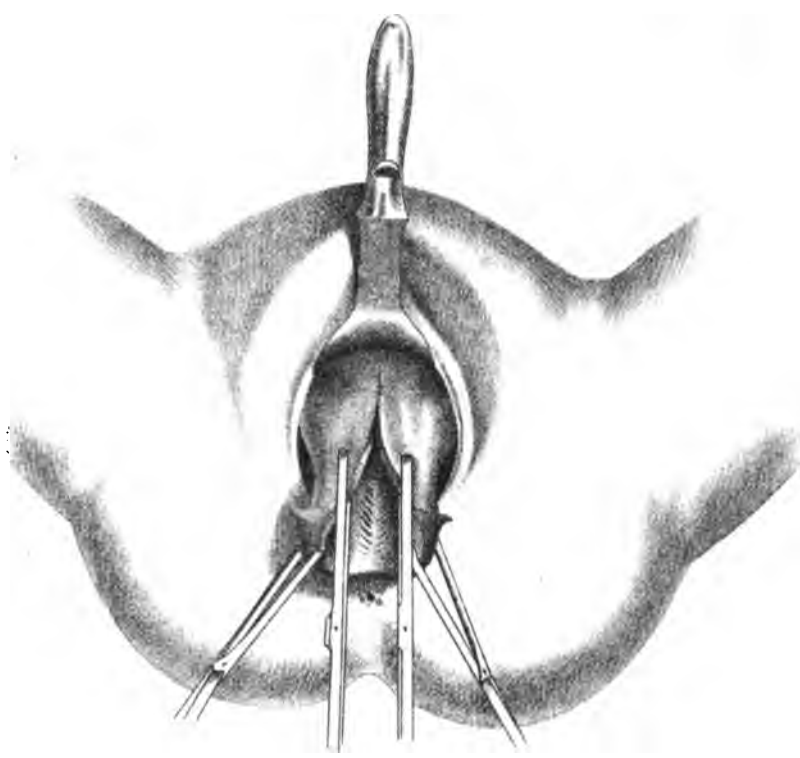


Fig. 84.—Segunda aplicación de las pinzas en la histerectomía de Doyen.

Lit del Timbre. Dr. Suarez Gamboa

El gran epiplóon goza de un importante papel en las supuraciones peritoneales. Contrae adherencias íntimas con las paredes abdominales y con los órganos periféricos, y, por su resistencia y engruesamiento, encierra y aísla el pus, oponiéndose á la generalización de él en la cavidad abdominal. Se ha visto la cavidad de la pelvis dividida por el gran epiplóon en dos segmentos: uno, el menor, conteniendo la serosa profundamente alterada y un depósito de pus fétido y extremadamente virulento; y otro, el mayor, encerrando y rechazando hacia el diafragma, las vísceras abdominales con su peritoneo sano ó muy poco alterado.

Todas las infecciones peritoneales no tienen esta evolución francamente inflamatoria, que comienza por la exudación fibrinosa y termina en la formación del pus; una forma de estas infecciones, mucho más frecuente y también mucho más grave, es la *septicemia peritoneal sobreaguda*, en la que la infección es de tal manera virulenta, la marcha del proceso tóxico de tal modo rápida, que la muerte del individuo llega antes de que las lesiones peritoneales hayan tenido tiempo de producirse.

La muerte llega antes de que la inflamación se inicie.

Así, en estos casos de septicemia fulminante, las lesiones encontradas en la autopsia son casi nulas y los estudios necrópsicos poco demostrativos. Preciso se hace concentrar más nuestra atención sobre estas lesiones de la septicemia peritoneal sobreaguda, que no por sernos hoy casi desconocidas, podemos considerar como no existentes.

Desde luego, á la abertura del vientre, llama la atención del que hace la autopsia, *la excesiva dilatación de las asas intestinales*. Esta dilatación es general á todo el intestino, aun cuando parezca más acentuada en las cercanías del campo donde se ejecutó la operación. La *vascularización* del intestino es también muy acentuada, y si se examina con atención la superficie de la serosa visceral, pueden encontrarse zonas de descamación endotelial. El epiplóon se halla, igualmente, engruesado y muy congestionado su aparato vascular. El peritoneo parietal, á semejanza del visceral, se halla ligeramente despulido y recorrido por finas arborescencias sanguíneas: en algunos lugares pueden encontrarse pequeñas hemorragias intersticiales puntiformes. Por último, se encuentra casi siempre *un pequeño derrame intraperitoneal*, constituído por un líquido sero-sanguinolento, ligeramente untuoso al tacto y de un olor particular: por excepción

este derrame, cuya abundancia es variable, está constituído por sangre líquida.

THIERCELIN y JAYLE han observado en el hígado un puntilleo vascular, manchas equimóticas subcapsulares y manchas pequeñas de color blanco ó ligeramente amarillo, que de preferencia se agrupan en el lóbulo izquierdo y en las cercanías del ligamento suspensor: al microscopio se revelan como pequeñas zonas de degeneración grasosa aguda. Estas lesiones, por lo demás, no son exclusivas á la septicemia peritoneal, sino que también pueden encontrarse en ciertas septicemias médicas, como lo comprueban las investigaciones de HUTINEL y CLAISSE y de ACHALME.

La infección del peritoneo puede limitarse á un solo punto de la serosa ó invadirla en su totalidad: en el primer caso provoca la aparición de una *peritonitis circunscrita;* en el segundo es la *peritonitis difusa ó generalizada.*

Si la infección de la serosa produce accidentes generales en toda la economía, de tal manera graves y violentos que causen la muerte de la operada en algunas horas, se designa este proceso bajo el nombre de *septicemia peritoneal sobreaguda.*

Si la inflamación tiene tiempo de desarrollarse y de evolucionar; si el proceso dura varios días, permitiendo la formación del pus y su depósito en la cavidad del peritoneo, se dice que hay *peritonitis aguda.*

Cuando la duración de los fenómenos peritoneales alcanza un plazo de quince ó más días, la peritonitis se llama *sub-aguda* ó *crónica.*

Se dice que una peritonitis es *primitiva,* cuando se desarrolla sobre un punto ó zona de la serosa, infectados directamente por los gérmenes sépticos. Cuando la peritonitis reconoce como origen la propagación hasta el peritoneo de flegmasías ó de procesos sépticos de otra naturaleza, nacidos en distintos órganos ó en regiones extra-peritoneales, se la conoce por *peritonitis secundaria.*

Esta clasificación no es absoluta, y existen una gran diversidad de grados intermedios.

La *peritonitis generalizada* es casi siempre el resultado de la evolución de una *peritonitis circunscrita,* como la *peritonitis aguda* está en íntima relación con la *peritonitis crónica.*

Verdaderamente, bajo el punto de vista meramente clínico, no debían existir estas diversas calificaciones de un mismo proceso,

cuyas formas se confunden, se mezclan y se substituyen con notable facilidad; pero las conservaremos como denominaciones de las diversas fases de los distintos episodios que recorre el proceso único de la infección peritoneal.

El aspecto clínico de la septicemia peritoneal post–operatoria, varía presentando modalidades muy diversas.

SEPTICEMIA PERITONEAL SOBREAGUDA.

La evolución de la septicemia peritoneal sobreaguda tiene algo de clásico en su formidable aspecto, que impide que un operador un poco experimentado, la confunda con alguna otra complicación post–operatoria. En este caso, los signos locales desaparecen ante la excesiva gravedad de los fenómenos generales: toda la escena está cubierta por los estragos de la intoxicación fulminante.

Por lo común, el primer día no se nota nada de especial, salvo una ligera agitación de la operada que acusa indefinible malestar y una exacerbación de los vómitos con penosa sensibilidad del epigastrio, que se imputan con toda comodidad al cloroformo. Si los vómitos post–anestésicos habían cesado, reaparecen: las materias vomitadas están constituídas por saliva, jugo gástrico y pequeñas cantidades de bilis.

Los vómitos son constantes, violentos, incoercibles; el más ligero movimiento de la operada, el ruído más suave que perciba, el olor de cualquier substancia aromática, los reproducen con extraordinaria facilidad. Estos vómitos irresistibles y casi subintrantes unos á los otros, martirizan á la operada produciéndole vivos dolores al nivel de la herida abdominal y en la profundidad de su vientre; la agotan por el constante esfuerzo para arrojar de su estómago vacío alguna que otra mucosidad, y la llevan á un alto grado de desesperación y de violencia intelectual.

Cada esfuerzo de vómito es seguido de lamentos y de quejidos por parte de la operada, y son y serán hasta el fin, el escollo donde se estrellan todo el afán y toda la terapéutica del Cirujano.

A medida que la enferma se cansa y se agota, los vómitos disminuyen en intensidad, aunque no en frecuencia, y van transformándose hasta hacerse verdaderas regurgitaciones. Algunas veces se ven reemplazados por un pequeño esfuerzo abdominal de la operada, seguido de una especie de grito gutural ahogado, sin producción de materias vomitadas.

Según la evolución de la septicemia, las materias vomitadas van cambiando de carácter, hasta hacerse verdes, fecaloides, porráceas ó hemorrágicas.

Desde las quince ó veinte horas de iniciado el proceso, la enferma comienza á presentar signos característicos de él. La cara es particular; la nariz afilada, los ojos hundidos en círculos amoratados, el tinte subictérico, la boca ligeramente crispada y los músculos faciales cutáneos en contracción ligera, le imprimen á la paciente un aspecto especial que se conoce por *facies peritoneal*. La lengua se seca, se enrojece primero, y luego se blanquea, se ennegrece, se pone como tostada y toma todo el aspecto de una lengua de enfermo grave de fiebre amarilla ó de tifo exantemático.

La vejiga se paraliza completamente y la retención de orina es absoluta: más tarde aparece la anuria por extensión á los riñones del proceso septicémico general.

La parálisis intestinal es completa: la emisión de gases por el ano se suspende y el meteorismo se hace más y más acentuado, aun cuando nunca alcance las proporciones que logra en la peritonitis aguda. Durante los esfuerzos de vómito, algunos gases estomacales se escapan por la boca.

El pulso, al principio, se encuentra amplio, duro y frecuente; luego, á medida que va ganando en frecuencia, va perdiendo en fuerza y se hace blando, depresible, irregular y pequeño, para terminar filiforme y miserable. Su número sube sin cesar alcanzando la cifra de 140, 150 y aun más.

La piel, que era seca y áspera, se cubre de un sudor espeso y frío, acentuado particularmente en la cara.

La respiración se acelera, se hace anhelante, y algunas veces ortopneica.

Un hipo duro, frecuente y tenaz, contribuye á destruir la poca resistencia de la enferma.

La temperatura al principio normal, comienza á descender y llega á 36°5, á 36° y aún á 35°: muy excepcionalmente sube y alcanza cifras como 38°, 39° ó 40°.

El vientre es poco ó nada doloroso en las cercanías de la herida abdominal.

Con una rapidez variable, según la intensidad y la virulencia de la infección, todos los signos se agravan, la inteligencia se pierde, llega el coma y la operada muere tranquilamente.

La muerte es algunas veces consecuencia de un síncope cardiaco; pero siempre llega en medio de cierta calma, y casi sin agonía

CLINICA QUIRURGICA.

(La Histerectomia.)

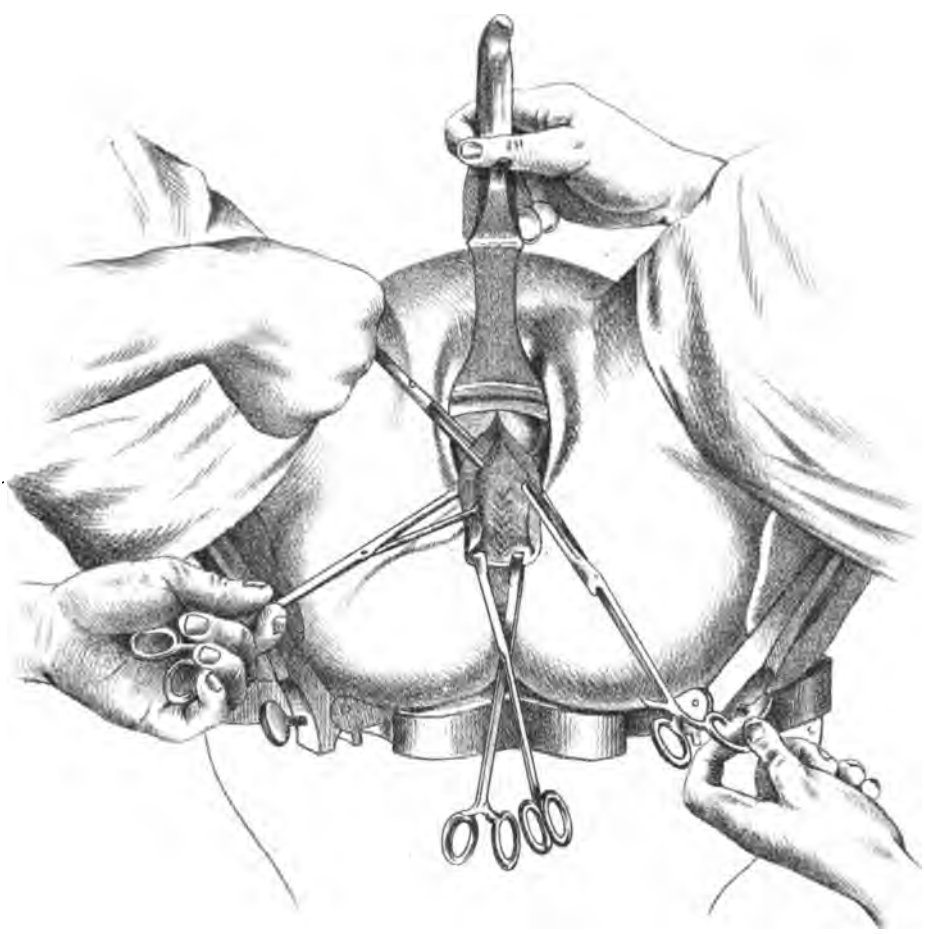


Fig. 85.—Tercera aplicación de las pinzas en la histerectomía de Doyen.

Lit. del Timbre. Dr. Suarez Gamboa

termina la enferma de sufrir las consecuencias de la tremenda lucha de una infección terrible sobre un peritoneo casi indefenso.

En medio de todos estos síntomas hay algunos signos que merecen un estudio más atento, porque tienen desde el punto de vista del diagnóstico y del pronóstico, una gran importancia.

El Pulso.—La frecuencia en el número de las pulsaciones es un signo patognomónico de la septicemia peritoneal.

Mientras el pulso permanezca á 90 ó 95 por minuto, se puede estar tranquilo; si sube á 100 ó 110, el Cirujano debe preocuparse por un peligro próximo; pero si el pulso llega á 140 ó 150, su operada puede considerarse casi fatalmente perdida. Sólo dos veces he observado enfermas de septicemia peritoneal, que á pesar de tener 150 pulsaciones por minuto, hayan sobrevivido; todas las demás han muerto muy rápidamente.

Esta frecuencia se halla en íntima relación con la depresibilidad y la pequeñez del pulso. No menos frecuente es la arritmia.

Se ve que el pulso es un gran elemento de diagnóstico en la septicemia peritoneal; pero lo es aún mayor, de pronóstico. *Las enfermas de septicemia peritoneal tienen escrito su pronóstico en la región del pulso:* nada más fácil que leerlo.

Se entiende, que las indicaciones del pulso variarán en los enfermos en que lesiones cardiacas, renales ó causas de otro origen, puedan explicar esta locura del corazón; pero no queda menos cierto, que excluídas estas causas, el pulso es la guía fiel y el consultor seguro del clínico operador.

La Temperatura.—Es el foco de indicaciones más falsas, más infieles y más perjudiciales que pueda encontrar un Cirujano poco experimentado. Es de universal conocimiento que toda infección se acompaña de elevación de temperatura y que no hay operador, por inexperto que sea, que al observar después de una operación un ascenso en el termómetro, no pronuncie esta palabra: infección. Pues, sí, es infección; pero infección curable, relativamente lenta, si hay pulso lento, es decir proporcionado su número al grado de la temperatura. Pero después de una intervención abdominal podremos ver la temperatura normal, el termómetro fijo, y descansaremos en él, olvidando el pulso, hasta que fenómenos mortales nos indiquen que en este caso hubo infección, sin fiebre es cierto, pero mortal en cambio. Las temperaturas bajas con elevación del pulso, no deben tranquilizar á nadie. Las sep-

ticemias apirécticas son incomparablemente más graves que las septicemias febriles.

La temperatura *por sí misma, como único signo*, no tiene gran valor en Cirujía abdominal. Esto es cierto, desgraciadamente; y sin temor de generalizar, se puede aceptar la regla.

Los Vómitos.—Por sí mismos no tienen gran significación: únicamente su duración más allá de las primeras 50 horas ó su reproducción hacia el segundo ó tercer día, después de un período largo de calma, harán temer una complicación peritoneal.

La naturaleza de ellos no entraña ninguna indicación, y aun cuando no faltan operadores que propongan el lavado del estómago en los casos de septicemia peritoneal, con vómitos fecaloides, esta indicación no ha hecho fortuna en la terapeútica usual.

El Meteorismo.—Desde que he proscrito el uso del opio y de sus derivados, en el tratamiento post-operatorio de la histerectomía, el meteorismo ha dejado casi de observarse en mi clínica. La elevación del vientre tiene para mí un pronóstico siempre desagradable. Ciertamente que hasta la más grave de las septicemias peritoneales puede evolucionar sin modificar la tensión de las paredes abdominales; pero no es menos cierto que el uso sistematizado de la estricnina en alta dosis y la abstención de los estupefiantes, impidiendo el meteorismo post-operatorio, antes casi de regla, le dan cuando se presenta, un aspecto de gravedad bastante formal.

Es preciso desconfiar siempre de la elevación timpánica del vientre, sobre todo si se presenta del primero al quinto día después de la operación.

El Facies peritoneal.—Para un operador ejercitado, la cara de la operada con su tinte amarillento sucio, con su mirada errante y viva, con la nariz afilada, los ojos hundidos y la boca entreabierta y ligeramente contraída; con su respiración acelerada, la voz hueca, profunda, entrecortada y con todo ese conjunto de signos exteriores casi clásicos, el diagnóstico de una complicación peritoneal no ofrece mucha obscuridad. De ninguna manera el *facies* tiene la importancia del pulso, por ejemplo, ni podría por sí sólo servir para el establecimiento de un diagnóstico, pero sí posee una gran importancia, que reunida con los signos ya estudiados antes, es de primer orden.

El *diagnóstico* de la septicemia peritoneal es casi siempre fácil: con lo único que podría confundirse sería con la *oclusión intestinal*. Este diagnóstico es imposible de hacer cuando la septicemia peritoneal se acompaña del estrangulamiento del intestino.

En la septicemia sin estrangulamiento, la ausencia de gases y de materias intestinales es menos absoluta; los vómitos son menos frecuentemente fecaloides; la elevación del vientre se generaliza muy rápidamente; la sensibilidad del abdomen es algo más marcada y las modificaciones del pulso muy precoces.

El *signo* de BRIQUET y de VELPEAU, auscultación del ciego mientras se impulsa una inyección forzada por el ano; el *signo* de WAHL, meteorismo extremo y rápido del asa estrangulada, reconocible por la vista, la palpación y la percusión; y el *signo* de SCHLANGE, dilatación y movimientos peristálticos del intestino arriba del obstáculo, pueden tener alguna importancia cuando existen, para sostener la idea de una oclusión intestinal.

La *marcha* de la septicemia peritoneal sobreaguda está subordinada á la virulencia de la infección y á la resistencia del organismo. Una septicemia generalizada á toda la serosa abdominal mata en unas cuantas horas: tengo una observación en la que desde los primeros signos, hasta la muerte de la operada transcurrieron solamente *cinco horas*. Pero esto no es lo común, y por lo regular la septicemia peritoneal sobreaguda mata en un plazo de 20 á 40 horas.

La curación puede observarse en las formas circunscritas y de mediana intensidad; pero en las formas graves y generalizadas, preciso es no hacerse ilusiones: hágase lo que se haga, la única terminación del proceso es la muerte rápida y fatal de la operada.

PERITONITIS AGUDA.

En la *peritonitis aguda* la marcha es menos brutal que en la septicemia sobreaguda, y por consecuencia los síntomas presentan una sucesión menos violenta.

El principio de la peritonitis aguda se señala, por lo común,

con uno ó varios calofríos intensos, y la temperatura sube rápidamente á 39, 40 y aun 41°

Junto con la elevación de temperatura, se presenta el dolor: localizado al principio en un punto determinado del abdomen, no tarda en difundirse, generalizándose á todas las regiones del vientre.

El dolor es extremadamente agudo y el menor movimiento, el toque más ligero al vientre, lo hace insoportable.

Las enfermas permanecen en el decúbitus dorsal, levantados los muslos y dobladas las rodillas: inmóviles, con la respiración anhelante; no toleran ni aun el peso de las sábanas, y sus facciones, ya descompuestas, expresan, á la aproximación del Cirujano, el terror que sufren ante la idea de una exploración en el vientre.

Los vómitos son constantes. Comienzan mucosos ó biliosos, para hacerse después verdosos, porráceos, fecaloides.

Durante los intervalos de los vómitos, un hipo duro y sacudido, martiriza aun más á la paciente.

La parálisis intestinal es absoluta.

El meteorismo es un signo que desde el principio se presenta con caracteres de gravedad, y no pocas veces es el primer detalle que impresiona la atención de las enfermas. La curación del vientre, dicen ellas, la sienten más apretada, y solicitan con insistencia la modificación del vendaje.

El desarrollo del meteorismo es, por lo general, muy rápido. Alcanza pronto grandes proporciones y en unas cuantas horas el vientre se hace tenso, el timpanismo á la percusión invade las zonas de macicez, y solamente alguna que otra asa de intestino se dibuja al través de los tegumentos abdominales, distendidos al máximum.

Desde que la peritonitis se inicia, el pulso se hace frecuente, alcanzando cifras más y más elevadas; de amplio y duro se convierte en blando, pequeño, filiforme y miserable.

La lengua, por su creciente desecamiento, se pone saburral y tifoide. La piel se hace áspera, seca, y solamente se cubre de sudores nocturnos cuando la formación del pus comienza.

La orina se acumula en la vejiga por la parálisis de este órgano, y la secreción renal se hace escasa é incompleta. La retención en la sangre de los productos sépticos aumenta el peligro de la absorción incesante que de ellos se hace, tanto en la superficie peritoneal como en la mucosa del tubo digestivo.

La inteligencia se conserva, durante los primeros días, intacta;

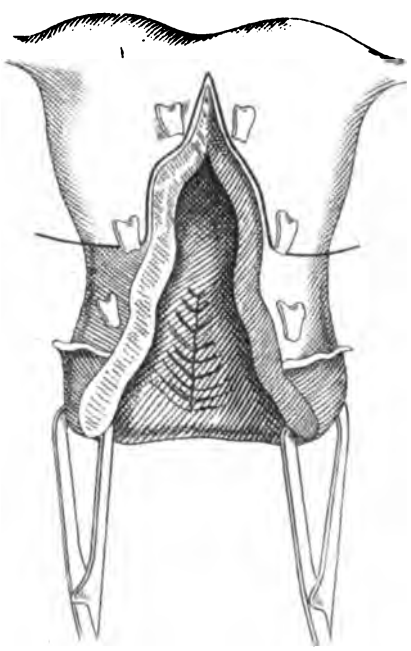
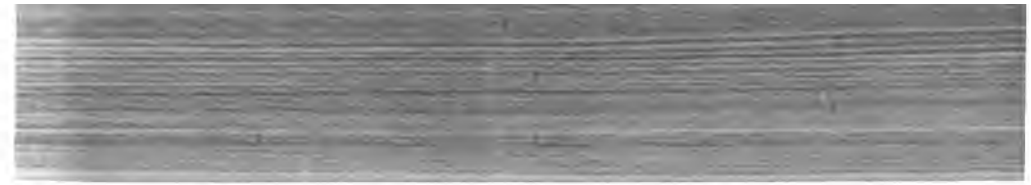


Fig. 86.—Esquema, mostrando los puntos diversos para la aplicación de las pinzas en el método de Doyen.



pero cuando la marcha del colapsus aproxima el coma, el delirio sobreviene y luego las facultades cerebrales se abolen.

La muerte se hace esperar varios días. Cuando el fin se aproxima, los dolores se apaciguan, los vómitos y el hipo se calman ó desaparecen, el corazón se debilita, haciéndose el pulso aun más pequeño é irregular, y la muerte llega, por lo común, sin grandes sufrimientos.

No siempre es fatal el desenlace de la peritonitis aguda: los síntomas graves pueden disminuir, el estado general mejorarse y el proceso inflamatorio agudo pasar al estado crónico.

La *peritonitis crónica* ó *sub-aguda* se establece.

Los vómitos y los dolores se apaciguan, la temperatura baja á la normal, pudiendo ofrecer exacerbaciones vespertinas, y no tardan los signos de derrame peritoneal en manifestarse.

El derrame peritoneal reviste los caracteres de la supuración, y la intoxicación general continúa acentuándose.

La constipación y el meteorismo continúan rebeldes á la medicación, y en un plazo de 15 ó 20 días, las enfermas sucumben en el marasmo y la caquexia septicémica.

El *diagnóstico* de una peritonitis es por lo general fácil.

La septicemia peritoneal aguda, post-operatoria, confirma su existencia en un conjunto de síntomas cuya concordancia es decisiva. Las modificaciones del pulso, la marcha de la temperatura, la sucesión rapidísima de todos los fenómenos infecciosos, rara vez permiten desconocer la naturaleza de los accidentes.

Las otras variedades de peritonitis tienen un cuadro de síntomas de tal manera claros, que su confusión con otras enfermedades no es fácil.

La *oclusión intestinal primitiva*, el *cólico intestinal*, la *hemorragia interna*, son accidentes que podrían imponerse por una peritonitis; pero el análisis detenido de los síntomas y la marcha de los fenómenos clínicos, disipan bien pronto la duda.

El *pronóstico* es siempre muy grave. La septicemia peritoneal aguda es casi siempre mortal, y las infecciones peritoneales menos violentas, no obstante el inmenso beneficio que han obtenido con los métodos terapéuticos modernos, no han perdido enteramente el alto carácter de gravedad de su terminación.

Llegamos al punto verdaderamente importante del estudio de

las septicemias peritoneales post-operatorias; es decir, á su tratamiento.

Para mostrar qué consecuencias tan formales tienen sobre él los conocimientos generales que hemos procurado adquirir sobre la patogenesia de la infección peritoneal y qué influencia no menos importante tienen sobre el resultado final, la pericia y la experiencia del médico tratante, citaré las observaciones siguientes, que me son personales y de las que, si algunas salen de la índole especial de este libro, pues no son casos de histerectomía, su importancia como afecciones sépticas del peritoneo me impele á asentarlas aquí.

Quizás mi susceptibilidad como cirujano se resienta un poco con la publicación de estos hechos; pero medítese al analizar estas observaciones, que las primeras de ellas corresponden al período de mi iniciación quirúrgica, cuando aun no obtenía la habilidad y destreza propias á un cirujano experimentado. Con deliberada intención elegí los casos siguientes, entre mi numerosa estadística de peritonitis post-operatorias. (18 cosos).

Observación I.

La Sra. Teófila Peralta, de 54 años de edad, soltera, nulípara, sin diátesis ostensible, domiciliada en México por el barrio de la Palma.

Padece de abundantes meno y metrorragias, de dolores abdominales intensos que le impiden el ejercicio de sus labores domésticas; es muy constipada, orina con dificultad y presenta calambres y neuralgías frecuentes en los miembros abdominales.

Le reconozco un gran tumor pélvico y abdominal, que diagnostico fibro-mioma uterino: los anexos no se perciben.

El 16 de Junio de 1897 la cloroformamos, y le practico la histerectomía abdominal de Chrobak. Extraigo un tumor muy voluminoso constituído por el útero y cribado de inumerables masas de fibro-miomas. Cierro convenientemente el vientre.

Día 16, en la tarde: Temperatura, 37°, 2. Pulso 85. Estado general satisfactorio. Muchos vómitos. Retención de orina que exige el cateterismo de la vejiga.

Día 17 en la mañana: La enferma está muy inquieta, los vómitos continúan muy acentuados, la orina se detiene aún en la vejiga: hay algo de hipo y ligero meteorismo. Temperatura, 37° Pulso, 100. Inyecciones de suero artificial y de estricnina. Hielo en el vientre.

El mismo día en la tarde: Agitación muy marcada, meteorismo muy pronunciado, vientre bastante doloroso, vómitos biliosos, hipo constante, dispnea y descomposición de la cara. Temperatura, 37° 4. Pulso, 130.

Nuevas inyecciones de suero artificial, de estricnina y de cafeína. Lavado del recto con solución de permanganato de potasa. Administración de calomel, por la vía estomacal.

Día 18. Agitación extrema, ortopnea, vientre muy elevado y muy doloroso, regurgitaciones porráceas, *facies peritoneal*, pulso filiforme, á 140, temperatura, 38°.

A las cuatro de la tarde, muerte.

Observación II.

Manuela Rosas, de 43 años de edad, viuda, nulípara, con antecedentes blenorrágicos datando de diez años: fué operada por mí el día 22 de Mayo de 1897, por un pío-salpinx izquierdo. Domiciliada en la calle de San Lorenzo número 9.

El día que la veo, Julio 15 de 1897, tiene un tumor en la fosa iliaca derecha, con todos los caracteres de una colección purulenta anexial. La opero el día 26 de Julio de 1897, de histerectomía vaginal, y extraigo una bolsa salpingea del lado derecho, que se desgarra al salir y vierte pus fétido en abundancia. Dejo la vagina abierta y coloco en su cavidad una tira de gasa yodoformada suavemente colocada.

La tarde de ese día fué buena: Pulso, 86. Temperatura, 36° 8. Micción voluntaria. No hay vómitos.

Julio 27.—Temperatura, 37°. Pulso, 96. Se han presentado vómitos biliosos. El estado general parece bueno.

En la tarde: los vómitos son muy frecuentes, hipo constante, vientre poco doloroso y casi nada timpánico, las facciones descompuestas, la lengua seca, la respiración anhelante. Pulso á 150. Temperatura, 37° 5. Inyecciones de alcohol, de cafeína, de estricnina, hipodermoclisis con 800 gramos de suero artificial.

A las 10 de la noche, muerte casi sin agonía.

Observación III.

Angela Díaz, natural de Tlálpam, 40 años de edad, casada, multípara; partos buenos todos. El último hijo tiene siete años.

Domicilio: calle Humboldt. Abundante leucorrea desde hace cinco años, y desde hace uno, grandes menorragias. Los dos últimos meses los ha pasado con un escurrimiento sanguíneo constante, por la vagina. No recuerda desde cuándo comenzó á sentir fiebre ligera en las tardes; pero lleva algún tiempo de tener elevaciones vespertinas de temperatura que nunca pasan de 38 ó 39°, como máximum.

Encuentro en el vientre un tumor uterino que diagnostico fibromioma. Los anexos uterinos parecen pio-quísticos.

El 24 de Marzo de 1898 le practico la histerectomía supra-vaginal intra-peritoneal por mi procedimiento, y extraigo el útero lleno de masas voluminosas de fibro-miomas. Las trompas estaban quísticas y purulentas, y en el ligamento ancho derecho había un pequeño absceso que abrí repentinamente y que contaminó el peritoneo.

Día 24 en la tarde: mucha agitación, hipo, vómitos incoercibles. Temperatura, 36° 7. Pulso, 92. Retención de orina. Inyecciones de estricnina y cafeína. Hielo al vientre.

Día 25 en la mañana: agitación extrema, regurgitaciones porráceas, colapsus, descomposición de la cara, retención de orina, ligera elevación del vientre. Temperatura, 36° 5. Pulso, 150. Inyecciones de suero artificial de cafeína y de aceite alcanforado.

A las doce del día, muerte.

Observación IV.

Matías Hernández, 53 años, antecedentes hereditarios nulos; hace como 20 años cayó de un caballo y recibió un golpe en el vientre. Desde hace diez años notó un tumorcito abdominal que ha ido creciendo día á día. Domicilio: calle Estanco de Hombres. Enfermo de la clientela del Dr. Ricardo Tápia Fernández.

Presenta un vientre descomunal: al nivel del ombligo 1m. 20 cent. de circunferencia. Accidentes graves de asfixia, edemas enormes de las piernas, amenazas de muerte por compresión toráxica. Las punciones no dan sino unas gotas de un líquido coloide muy espeso. El estudio clínico del enfermo me induce á creer en un carcinoma del gran epiplóon: opinan igualmente mis colegas Dres. Ricardo Tápia Fernández, Numa Torrea, Antonio A. Loaeza, Germán Diaz Lombardo, Jesus Valdés Sánchez y Mendoza Fernández.

CLINICA QUIRURGICA.

(La Histerectomia.)

Fig. 87.—Extracción del útero, que continúa sostenido por los ligamentos anchos. (Doyen).

Lit. del Timbre Dr. Suarez Gamboa

Recurro á la laparotomía de urgencia, y después de una incisión abdominal enorme, logro extraer un monstruoso carcinoma del gran epiplóon, cuyo peso fué de *treinta y ocho* kilos. La disección del tumor fué en extremo laboriosa y la hemorragia muy abundante. Cierro el vientre, dejando lleno el peritoneo con suero artificial, é inyectamos en la vena mediana basílica izquierda, 1,000 gramos de solución de cloruro de sodio al 6 al millar. La operación la ejecuté en mi Sala de operaciones, el día 20 de Mayo de 1898, ante numerosísima asistencia de médicos y estudiantes de medicina.

20 de Mayo en la tarde: estado general bastante bueno. Temperatura, 36° 6. Pulso, 85. Retención de orina.—Inyecciones de estricnina y de la solución llamada fisiológica.

21 de Mayo á las 2 a. m.—Buen estado. Temperatura, 36° 8. Pulso, 83. Micción expontánea abundante. El enfermo ha dormido algo. Respiración regular, tranquila.

21 de Mayo á las 8 a. m.—Continúa la mejoría. Toma 100 gramos de leche y no los vomita.

21 de Mayo á las 10 p. m. El operado ha pasado un día bueno: está muy animado y espera curar pronto. Temperatura, 36° 5. Pulso, 90.

22 de Mayo á las 11 a. m.—El enfermo pasó mala noche, está inquieto, ha vomitado algo, tiene una sed insaciable, el vientre se ha elevado bastante. Temperatura, 37° 2. Pulso, 120. Hipodermoclisis con 500 gramos de suero artificial.

22 de Mayo á las 2 p. m.—Situación grave: respiración acelerada, *facies peritoneal*, vientre muy elevado, escasez de orina, vómitos porráceos. Temperatura, 36° 2. Pulso, 150. Inyecciones de aceite alcanforado, de éter, de cafeína y estricnina.

El enfermo se mejora, pero á las 5 de esa tarde hace un esfuerzo, se endereza en su cama, y cae con un síncope, ante la vista del Dr. Ricardo Tápia Fernández. Todos los esfuerzos por reanimarlo son infructuosos: Hernández muere.

Observación V.

La Señora Concepción C. de N. . . . . de 38 á 40 años de edad, casada, leucorreica desde sus primeras relaciones conyugales, sufre desde hace cinco años accidentes de ooforo-metro-salpingitis, intensos. Su matrimonio data de ocho años.

Tanto en Europa como en México, ha procurado constantemente hacerse curar de su padecimiento, sin lograrlo jamás.

Su estado es completamente el de una inválida. Sufriendo constantemente dolores abdominales, martirizada por la leucorrea que, aunque intermitente, le escoría la vagina y los muslos, atravesando crisis agudas de sufrimientos durante las épocas menstruales, la Señora de N. . . . ha concluído por separarse completamente de su esposo, desde hace más de tres años, por el tormento insoportable que las relaciones conyugales le causan.

El día 7 de Mayo de 1898, cuando la ví por primera vez, hice el diagnóstico de *ooforo-metro-salpingitis purulenta no quística*, y le propuse después de un mes de tentativas quirúrgicas infructuosas, la ooforo-metro-salpinguectomía abdominal.

Esta operación la realicé en el mes de Julio de ese mismo año.

Desde que abrí el vientre pude percibir el útero muy grueso, congestionado, lleno de adherencias con los anexos y fijo en retroversión por algunos tractus fibrosos de su cara posterior. Los anexos completamente perdidos: las trompas sinuosas, con engruesamientos parciales que les daban aspecto de rosarios; los ovarios muy grandes, caídos en el fondo de Douglas y microquísticos. Los anexos del lado derecho estaban ocultos por el apéndice vermicular, que se les adhería íntimamente, serpenteando en su superficie.

Hice la histerectomía total, por mi procedimiento particular, en presencia de multitud de estudiantes de Medicina y de los Dres. Joaquin Vértiz, Numa Torrea, Ricardo Tapia Fernández, Ortiz, Vargas, Montenegro y algunos otros.

Mi asepsia fué perfecta, y mi operación tan rápida y feliz, que duró solamente cuarenta y siete minutos.

Desde que seccioné las numerosas bridas adherentes y percibí el engruesamiento de los ligamentos anchos, comprendí que la infección microbiana alcanzaba ampliamente el para-metrium.

En efecto, durante el aislamiento lateral del útero, podía ver con claridad la luz abierta y esclerosada de los gruesos vasos linfáticos seccionados, y al tallar mis colgajos peritoneales uterinos, para cubrir el futuro muñón vaginal, notaba que mi bisturí trabajaba en un tejido sub-peritoneal, duro y esclerosado. Fué preciso resecar el apéndice, pues aparentaba estar contaminado también, y esta sencilla maniobra fué realizada sin incidente alguno, en tres ó cuatro minutos: la sutura del pequeñísimo muñón apendicular, quedó de todo mi beneplácito.

Cerré la vagina y el vientre, altamente satisfecho de la opera-

ción y augurando una rápida y venturosa curación, á los asistentes que me rodeaban. Eran las doce del día, del 20 de Julio.

Esa tarde fué buena; pero ya como á las ocho de la noche, ligeros dolores comenzaron en el vientre, se iniciaron vómitos intensos y el pulso comenzó á subir á 90 y 95.

A las once de esa noche el pulso batía á 120 y 130, con algunas intermitencias; la respiración se aceleraba, el vientre se comprimía fuertemente, bajo el vendaje de la curación; los dolores abdominales arrancaban constantes lamentos á la enferma y los vómitos tomaban cierto carácter porráceo. Las facciones se hundían, la agitación era grande y se presentaba algo de delirio. Temperatura, 37°.

A las dos de la mañana del día 21, la situación era muy comprometida: el pulso estaba á 140 y 150, casi incontable, muy pequeño, irregular y lleno de intermitencias. La respiración superficial y muy acelerada. La temperatura á 36°2. Los vómitos habían sido remplazados por regurgitaciones negruzcas, la cara horriblemente desfigurada, la piel cubierta por un sudor viscoso y frío, la lengua enteramente seca. Creía ver morir de un momento á otro á mi operada. La vida sólo parecía sostenerse merced á las altas dosis de estricnina, cafeína, esparteina y aceite alcanforado que constantemente le inyectaba en el tejido celular.

A esas horas comencé á inyectarle lentamente, solución caliente de cloruro de sodio al $6\frac{0}{00}$, en la vena mediana cefálica del brazo derecho: la inyección duró una hora y penetraron cerca de 2,000 gramos de líquido.

Algo reanimada la enferma llegó hasta las siete de la mañana, hora en que acompañado de los Dres. NUMA TORREA, CALIXTO VARGAS Y ORTIZ, resolví reabrir el vientre.

Sin anestesia y mientras el Dr. TORREA le practicaba á la enferma grandes inyecciones de suero artificial caliente, en el tejido celular de los flancos, yo, por la vagina, comenzaba á destruir las suturas de la víspera.

Abierta la cavidad del peritoneo, escurrió por la vagina, con abundancia, un líquido sero-sanguinolento, de olor desagradable y untuoso al tacto. Recorrí con dos dedos la cavidad de la pelvis en la extensión que pude, sin hallar nada de anormal.

Por la misma vagina coloqué dos gruesos tubos de caucho vulcanizado y comencé á lavar la cavidad pélvica con agua hervida y caliente. Por un tubo entraba el líquido y por el otro salía. El irrigador que utilizaba es de tres litros de capacidad, y pasé

por los tubos, durante este primer lavado, cerca de cien veces la capacidad del irrigador.

El efecto de este lavado, combinado con las inyecciones subcutáneas de suero, fué casi maravilloso: la enferma abrió los ojos, el pulso se llenó algo, la inteligencia volvió, y algo se humedeció la lengua.

A las dos de la tarde, veían en junta conmigo á esta operada, mis maestros los Sres. Francisco de P. Chacón y Joaquin Vértiz y mis amigos los Dres. Antonio A. Loaeza, Germán Diaz Lombardo y Ricardo Tapia Fernández.

Estos señores aprobaron mi diagnóstico de *septicemia peritoneal sobreaguda* y me animaron á perseverar en el mismo tratamiento.

Los lavados calientes los continué cada cuatro ó cinco horas y la enferma comenzó á mejorarse.

En fin, para no cansar, diré que, ocho días después, le retiré los tubos, y un mes más tarde abandonó la cama, completamente curada á mi juicio y al de los Dres. Vértiz y Chacón, que la volvieron á ver.

Hoy vive en México enteramente curada.

Observación VI.

La Señorita M. G. V., soltera de 26 años, con antecedentes tuberculosos y neuropáticos, sufre desde hace cinco años un padecimiento abdominal, cuya intensidad ha sido tal durante los últimos dos años, que ha obligado á esta pobre niña á pasarlos en cama, sin movimiento y sin consuelo.

Principió por un dolor acentuado en el hipogastrio, que no tardó en extenderse á las regiones iliacas y de aquí á todo el vientre. La constipación era intensa y rebelde, interrumpida de vez en cuando por episodios diarréicos de extremada abundancia.

Los dolores abdominales se exacerbaban muchísimo al aproximarse estas crisis intestinales, el pulso se elevaba, el vientre se meteorizaba, la temperatura subía á 38° ó 38°5, y todo volvía á apaciguarse cuando la temporada diarreica se iniciaba. La Señorita M. asegura muy formalmente haber arrojado, en dos ó tres ocasiones, grandes cantidades de pus, durante sus evacuaciones paroxísticas; pero el Sr. Dr. H., su médico de cabecera, asegura lo contrario.

CLINICA QUIRURGICA.

(La Histerectomia.)

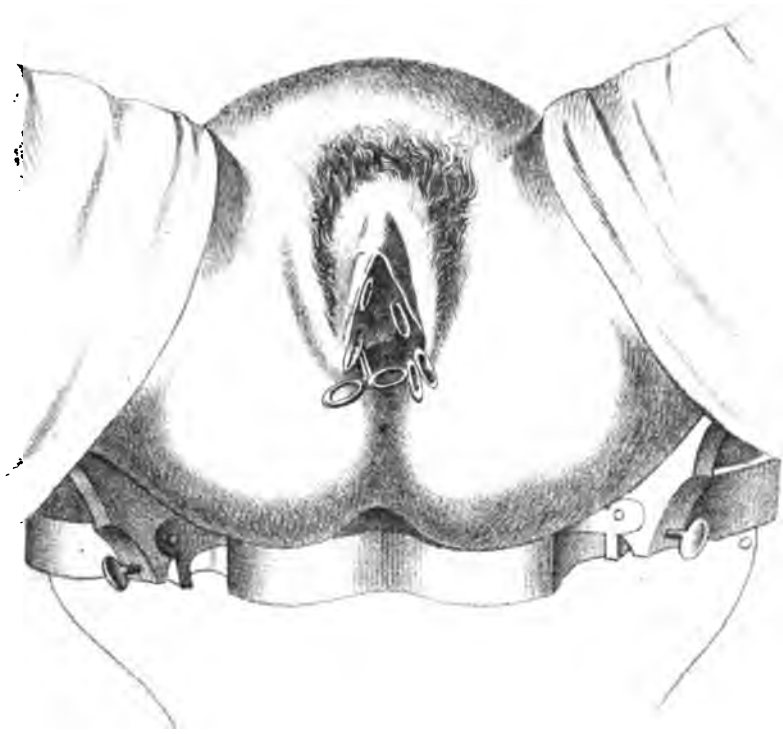


Fig. 88.—Aspecto exterior de la vulva, después de la histerectomía de Doyen.

Lit. del Timbre.

Dr. Suarez Gamboa

Sus digestiones son muy difíciles y todas las tardes sufre accidentes dispépticos marcados.

Algunas veces suele suceder que sus dolencias se apaciguan, su vientre se afloja y suaviza, su constipación cede y el estado general se mejora; pero estas euforías son enteramente transitorias, y bien pronto redoblan sus padecimientos, adquiriendo algunas veces caracteres de verdadera gravedad.

El día que por primera vez la estudié, llevaba ya un mes de crisis y dos años de no levantarse de su cama. Encontré una señorita bien constituída, de aspecto sufriente, notablemente instruída y de rara inteligencia. Con verdadero derroche de ingenio y de atención, me contó lo que á grandes rasgos llevo dicho ya.

Nada extraordinario ofrece en ninguno de sus órganos extraños al abdomen. Todo su padecimiento está ahí.

El vientre estaba muy elevado y timpánico en toda su extensión. El hígado, el bazo, los riñones, el estómago, parecían sanos.

Aun cuando el dolor se marcaba en todo el vientre, con algo de cuidado podía observarse que era mayor en la zona hipogástrica y que sobre las regiones ováricas tenía sus focos más intensos.

El útero podía percibirse ligeramente y los anexos se notaban crecidos: esta exploración era extraordinariamente dolorosa.

La fosa iliaca izquierda estaba ligeramente obscura á la percusión, y en ella se marcaba una zona submate de forma alargada y de gran diámetro vertical. Dos purgantes suaves no hicieron desaparecer esta zona de submacicez.

Los períodos menstruales eran irregulares en cantidad y fecha: había algo de dismenorrea.

Desde luego mi atención se dirigió á la pelvis y mi diagnóstico fluctuaba entre una *ooforo–metro–salpingitis* con *para–metritis* y *peritonitis crónica*, un *absceso pélvico fistuloso* y una *peritonitis tuberculosa*.

Desechó la idea de un *absceso pélvico fistuloso*, por la falta de mi constancia personal del pus en las evacuaciones, por la falta de la hecticidad ó de la septicemia crónica, por la ausencia de grandes fiebres en el anamnéstico y por la carencia de etiología clara para demostrar dicho absceso.

Rechacé la *peritonitis tuberculosa*, por la ausencia de ganglios mesentéricos inflamados, por la falta de derrame intra–peritoneal, por la gran duración del proceso y por el perfecto estado de todos sus órganos abdominales superiores y torácicos.

Acepté de plano la idea de una *ooforo–metro–salpingitis, con inflamación crónica del parametrium y del peritoneo pélvico*.

El médico de cabecera aceptó mi modo de juzgar y propuse la laparotomía con toda formalidad.

El día 15 de Agosto de 1897 la realicé, y he aquí la descripción de ella:

La incisión abdominal tuvo, desde luego, el detalle curioso de no haber encontrado verdadera *línea blanca*, sino la modalidad anatómica de las aponeurosis abdominales anteriores, que describo en mi trabajo: "*Sutura abdominal después de la laparotomía.*"

El peritoneo parietal estaba notablemente vascularizado y su corte sangró bastante. El peritoneo visceral, muy particularmente el del intestino delgado y el de la ámpula cólica, ofrecía placas de despulimento y marcada aspereza, como del diámetro de un peso, y algunas mayores aún. El útero estaba muy congestionado, grueso y con bridas organizadas que lo retenían en retro-flexión.

Los anexos: el izquierdo, poliquístico el ovario y dilatada y enormemente congestionada la trompa; el derecho, la trompa hidro-quística y un pequeño hemato-quiste en el ovario.

Todo el peritoneo pélvico estaba rojizo y sembrado de pequeñas adherencias filamentosas, bien organizadas.

Procuré limpiar la serosa pélvica de esas adherencias; resequé la trompa y el ovario izquierdos, la trompa derecha y la mitad del ovario derecho.

Al dejar en la pelvis un fragmento de ovario—que suponía sano—me impulsó la idea de procurar evitar, en lo posible, los accidentes de menopausa artificial.

El útero, libre de sus conexiones inflamatorias, quedó en su posición normal.

El resto de la operación no ofreció nada de interés.

La Señorita M. . . . despertó del cloroformo sin muchos dolores, con pocas náuseas y casi tranquila.

La tarde de ese día fué relativamente buena.

A las ocho de la noche: calosfríos repetidos, malestar acentuado, vómitos mucosos, ligero meteorismo. Temperatura 37.9. Pulso 90. No ha orinado y hay que recurrir al cateterismo de la vejiga. A las doce de la noche: Los calosfríos han cesado, la agitación es mucho mayor, dolores abdominales muy agudos, respiración anhelante, meteorismo acentuado, facies peritoneal, vómitos porráceos: Temperatura, 37°4. Pulso, 120.

Agosto 16 de 1898.—A las tres de la mañana, la situación casi perdida. Pulso á 150. Hipo, regurgitaciones porráceas, delirio

tranquilo, meteorismo enorme, parálisis intestinal y vesical completas, piel seca y áspera, cara agónica y respiración difícil.

Inyecciones hipodérmicas de estricnina, cafeína y aceite alcanforado. Hipodermoclisis con 500 gramos de suero artificial.

A las ocho de la mañana: la misma situación. La señorita G. V. se dispone á morir, recibiendo la extremaunción.

A las diez de la mañana: la gravedad es espantosa; la muerte parece inminente. Haciendo un esfuerzo irresistible de energía y valor quirúrgicos, y á pesar, casi, de la familia y personas allí presentes, el Dr. TORREA cloroforma á la paciente y yo le abro ampliamente la cavidad peritoneal al través del fondo de Douglas. Escurre gran cantidad de líquido sero-sanguinolento. Pongo dos tubos en la cavidad pélvica y hago un lavado muy abundante de la serosa, con solución cloruro sódica al 6‰ bien caliente. Inyección intra-venosa de 1,500 gramos de suero artificial.

A las cinco de la tarde: nuevo lavado del peritoneo pélvico. Inyecciones de cafeína y estricnina. Hielo sobre el vientre. Purgante de calomel y Jalapa.

Día 17 de Agosto.—A las siete de la mañana: micción espontánea y abundante. Una evacuación líquida y gases intestinales. Pulso, 100. Temperatura, 38°.

Días siguientes.—La situación va mejorando rápidamente, el peligro desaparece y el 28 de Agosto puedo dejar á la enferma y regresar á México.

OBSERVACIÓN VII.

Amada Rodríguez, 31 años, casada; ha tenido tres hijos y sus tres partos han sido buenos: el último fué en 1891. Desde entonces accidentes de metritis que parecen relacionarse con el trabajo puerperal. No hay antecedentes blenorrágicos. Domiciliada en la calle de la Aduana Vieja. Enferma de la clientela del Sr. Doctor JOSÉ T. BARRIGA.

Actualmente, Abril 8 de 1891, la enferma sufre de dolores en el abdomen.

Estos dolores han aparecido hace quince días, coincidiendo con una metrorragia abundante.

El dolor es agudo, pulsatil y pasajero: acostada sufre menos la enferma.

Examinando el vientre, se ven en las regiones iliacas dos pequeños relieves, más acentuado el de la derecha que el de la izquier-

da. Corresponden á dos tumores muy dolorosos, que parecen situados en los anexos uterinos.

La aparición de estos tumores fué brusca y correspondió al principio de los accidentes actuales.

El cuello del útero está dirigido hacia adelante y un poco hacia arriba, dando á entender que el fondo de la matriz está fuertemente dirigido hacia atrás y hacia abajo.

El tacto vaginal da pocos datos. Solamente enseña que el útero está inmóvil y que hay una gran tumefacción en toda la pelvis, más marcada del lado derecho. Al sacar el dedo, escurre algo de moco purulento.

Hago el diagnóstico de *hemato-salpinx;* quizás por aborto tubario incompleto.

Hago la laparotomía mediana, el día 12 de Abril.

La mano introducida en la pelvis, busca y encuentra los anexos izquierdos: el ovario y la trompa se notan enfermos, y hago la esteriorización de ellos. Ligadura y cauterización del pedículo con el termo-cauterio.

Busco los anexos del lado derecho y los encuentro enormemente dilatados y adherentes. Estas adherencias son blandas, filamentosas, mezcladas con un exudado fluído, de poco color y sin aspecto purulento.

En el ligamento ancho de ese lado, noto un tumor entre sus dos hojas.

Con muchas dificultades logro pediculizar y extraer la trompa y el ovario derechos: separo las hojas peritoneales del ligamento ancho y encuentro un hematocele voluminoso. Vacío el contenido, coágulos sanguíneos de color muy obscuro, procurando vaciar bien la bolsa y extirpar la membrana hematógena. Hacia la base del ligamento encuentro el ureter derecho, é inesperadamente lo hiero con las tijeras, haciéndole una pérdida de substancia parcial, que abre lateralmente su luz, en una extensión como de cinco milímetros. Suturo el ureter con sumo cuidado. Cierro el ligamento ancho por una sutura profunda y otra superficial, y cierro como es debido la cavidad abdominal.

Abril 12. En la tarde.—Vómitos, que atribuyo al cloroformo. Temperatura, 36°5. Pulso, 86. Buen estado general. Inyección de 250 gramos de suero artificial. Cateterismo vesical.

Abril 13. En la mañana.—Han cesado los vómitos. Temperatura, 37°. Pulso, 83. Micción voluntaria escasa. Postración ligera. Inyección de 100 gramos de suero artificial.

En la tarde: Temperatura 37°2. Pulso 80. Buen estado ge-

CLINICA QUIRURGICA.

(La Histerectomia.)

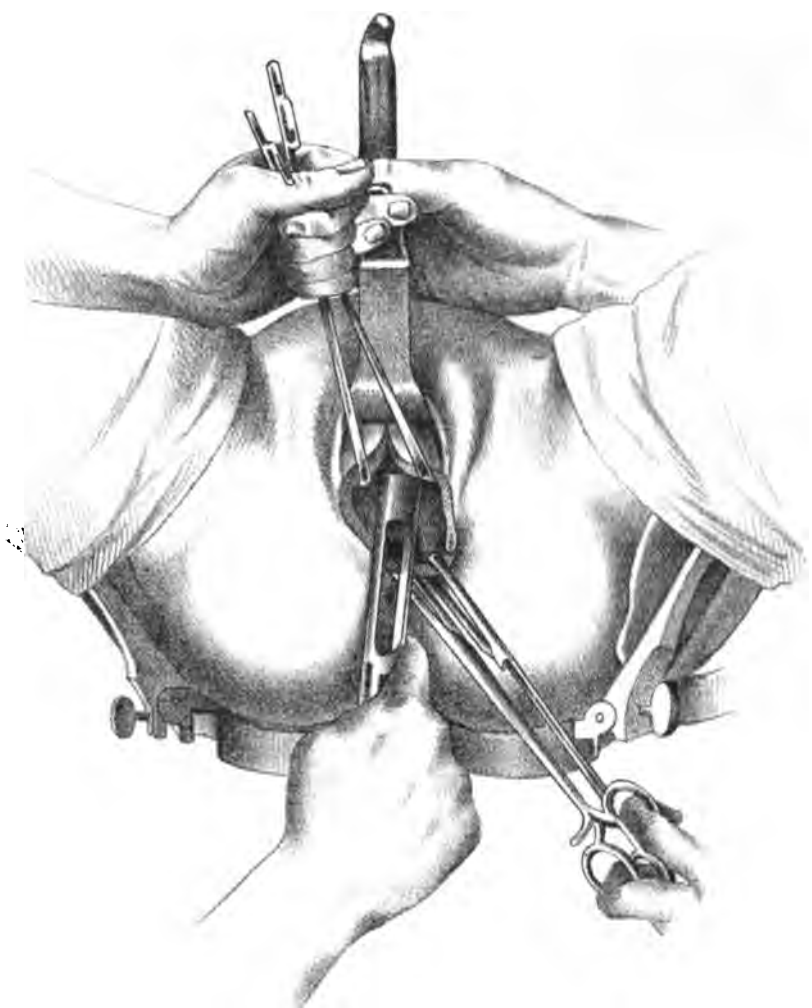


Fig. 89.—Vaciamiento del útero con el tubo cortante, en la histerectomía vaginal de Doyen.

Lit. del Timbre.

Dr. Suarez Gamboa

neral. Se le puso una lavativa de 300 gramos de leche, que no volvió.

Abril 14. En la mañana.—Inquietud marcada: pasó muy mala noche. Han reaparecido los vómitos, que son verdosos. Dolor intenso en el vientre. Meteorismo acentuado. Pulso, 120. Temperatura, 36°2. Facies peritoneal. Delirio bastante acentuado.

A las 3 de la tarde: Pulso, 150, casi incontable, pequeño é intermitente. Temperatura, 36°. El delirio ha disminuído mucho; pero la enferma está de tal manera postrada, que la muerte parece inminente. Vómitos porráceos.

Inyecciones de éter y aceite alcanforado. En unión de los Drs. José T. Barriga y Numa Torrea, sin anestesia, le hago una amplia colpotomía posterior: escurre un líquido sero-sanguinolento de bastante mal olor. Con el índice de la mano derecha procuro reconocer los muñones del útero: el izquierdo no logro alcanzarlo; pero el derecho sí y no encuentro nada extraño: el ligamento ancho de ese lado está tenso y parece resistente. Procuro destruir las suturas de su borde superior y consigo hacer dos ó tres desgarraduras con el dedo.

Coloco dos *drains* gruesos en la cavidad de la pelvis y hago un gran lavado del peritoneo pélvico con solución de cloruro de sodio al $7\frac{0}{00}$ á la temperatura de 40°.

A las 9 de la noche.—Pulso, 120. Temperatura, 36°5. Los vómitos continúan. Hipo. Inyección de cafeína y estricnina. Otro lavado peritoneal.

Abril 15, á las 2 a. m.—Las ropas de la cama de la enferma están muy mojadas por el escurrimiento de los tubos: tienen ligero olor urinario. Temperatura 36°7. Pulso 100. Inyección de 500 gramos de suero artificial.

A las 10 a. m.—Estado general, mejor. No hay vómitos. El hipo, aunque disminuído, persiste. Temperatura, 36°6. Pulso, 105. Nuevo lavado peritoneal. Purgante de calomel. Lavatorios del recto con solución de permanganato de potasa.

A las 8 p. m.—Ha tenido dos evacuaciones verdosas. Ligeros cólicos intestinales. Buen semblante. Temperatura, 36°7. Pulso, 120. Continúan los tubos vaginales dando bastante escurrimiento de olor urinario. Inyecciones de estricnina y de suero artificial.

La enferma continúa mejorando: los lavados peritoneales se prolongan hasta el 20 de Abril; le retiro los tubos vaginales el 4 de Mayo, y el 25 de Mayo abandona la cama.

En Abril de 1899 he vuelto á ver á esta enferma, que se muestra muy contenta y no se queja de la menor molestia. Está completa y radicalmente curada.

TRATAMIENTO.

El punto verdaderamente interesante del estudio de las infecciones peritoneales, es la manera de curarlas.

Sin alejarse enteramente de la acción de la Medicina Interna, las peritonitis, por lo menos las post-operatorias, buscan en los recursos de la Medicina Operatoria, los medios ciertos de curarse.

La idea de poner el peritoneo bajo el dominio de nuestras reglas quirúrgicas, no nos pertenece del todo á los Cirujanos modernos.

"En casos de escurrimiento de bilis en el abdomen, escribía en 1767 el Dr. HERLIN, Médico de Marina, la inyección de agua tibia en el vientre, diluyendo la bilis, debilita su acción y puede verse como un baño favorable, que debe contribuir á apagar la inflamación de las vísceras, empezada ya por la acción corrosiva de la bilis."

Pero ha sido en las postrimerías de este siglo, cuando la idea ha tomado vigor y cuando el método ha venido á confirmar su excelencia, llenando las exigencias de la patogenesia microbiana de las infecciones y ofreciendo estadísticas alentadoras.

"El único medio racional de curar la peritonitis aguda, escribía en 1875, NETTER, es diluir el líquido acre secretado desde el principio de la inflamación de la serosa."

Poco tiempo antes que NETTER, el Profesor de Munich, NUSSBAUM, hablaba así, refiriéndose á las peritonitis: "Desde que la fiebre se manifiesta, se hace una contra-abertura, donde se coloca un *drain*; luego, se inyecta por él, sea agua ó sea una solución antiséptica cualquiera. . . . ."

En 1881, el Dr. MOSIMANN, decía: "Es cosa posible que en las peritonitis agudas, las inyecciones acuosas practicadas desde el principio, en la cavidad abdominal, sofoquen bruscamente la enfermedad."

En 1882, el Profesor BILLROTH, se expresó así, en una carta dirigida al Dr. LOUIS DEBRAND: "En el tratamiento de la peritonitis, dice BILLROTH, y yo no hablo sino de la peritonitis purulenta y de la peritonitis septicémica, no he obtenido jamás el menor resultado favorable por el empleo de algún método tera-

péutico, sea cual fuere. Cuando se puede diagnosticar el sitio del foco purulento, considero la abertura del vientre como el único medio que pueda ser algunas veces útil. Pero es preciso que esta operación sea precoz, si no es inútil. . . . ."

En ese mismo año, 1882, LOUIS DEBRAND emprendió una serie de experiencias en perros y en conejos, á fin de estudiar la tolerancia del peritoneo respecto á la acción de ciertos líquidos, y llegó á comprobar que las inyecciones intraperitoneales de agua tibia eran perfectamente aceptadas por la serosa abdominal.

Finalmente, los trabajos recientes de BOUTIER, de BOIS, de LEJARO, de CHEVASUS, de HARTMANN, de POZZÉ, de FAURE, de NÉLATON, de QUÉNU, de TUFFIER, de RÉCLUS, de DELORME, de REYNIER, de BRUN, de MONOD, de KIRMISSON, de SCHWARTZ, de JALAQUIER, de ZÁRRAGA, de MÉNDEZ CAPOTE, y de otros varios, han permitido declarar perfectamente consolidado el tratamiento quirúrgico de las infecciones del peritoneo.

En el tratamiento racional de las septicemias peritoneales, tres son las indicaciones que hay que llenar:

I.—SOSTENER LA RESISTENCIA VITAL DEL ENFERMO, ESTIMULANDO LA ENERGIA DE SU CORAZÓN Y LEVANTANDO LAS PROPIEDADES BIÓSICAS PECULIARES DEL SISTEMA NERVIOSO.

II.—DISMINUIR EN TODO LO POSIBLE EL FOCO SÉPTICO PRODUCTOR DE LOS ELEMENTOS TÓXICOS QUE INVADEN EL ORGANISMO.

III.—PROCURAR POR TODOS LOS MEDIOS POSIBLES LA RÁPIDA Y CONSTANTE ELIMINACIÓN DE LOS AGENTES TÓXICOS QUE CIRCULANDO POR LA ECONOMIA, LA ENVENENAN Y DESTRUYEN.

El estudio analítico de estas indicaciones principales, nos permitirá comprender la importancia de ellas.

I.—SOSTENER LA RESISTENCIA VITAL DEL ENFERMO, ESTIMULANDO LA ENERGIA DE SU CORAZON Y LEVANTANDO LAS PROPIEDADES BIÓSICAS PECULIARES AL SISTEMA NERVIOSO.

La primera indicación es sostener la resistencia vital del enfermo.

En primer lugar, entre todos los medios por emplear, se coloca *la alimentación;* es decir, el recurso más natural, puesto que es el que dotará á la celdilla orgánica del material indispensable para sus actos de resistencia y de reconstitución.

Pero los enfermos de peritonitis están en tal grado de postración, en tal estado de languidez física, que no solamente no reclaman el menor alimento, sino que por sus circunstancias de anorexia y de letargo, parece que hasta el Médico tiene derecho á vacilar en la resolución de esta cuestión: ¿Se debe alimentar á los enfermos de peritonitis?

La inflamación de la serosa abdominal, es un proceso debilitante por excelencia, y coloca al organismo en condiciones tales de trabajo violento, que requiere una dotación buena de materiales necesarios para su funcionamiento anormal, y exige, con más vigor quizás que otras inflamaciones, el concurso poderoso de la alimentación.

Por desgracia, el estado de los intestinos y del estómago hace imposible la administración de alimentos sólidos, que no serían digeridos y que contribuirían á aumentar las fermentaciones intra-intestinales, y por consecuencia las probabilidades de infección del peritoneo.

Sin embargo, es preciso alimentar á los enfermos de peritonitis. Los alimentos de elección son la leche y el caldo; el uno, alimento fisiológico, casi completo, fácil de tolerar y de asimilar; el otro, capaz de ser absorbido al natural, sin exigir un trabajo digestivo por parte de las mucosas gástricas é intestinal y oponiéndose á los desastrosos efectos de la inanición mineral; tanto más de temer, cuanto que el enfermo se halla en condiciones de alto gasto de productos inorgánicos.

La leche tiene un inconveniente real en su administración por la boca. Forma en el estómago un depósito, que por pequeño que sea, despierta la contractilidad del órgano y aumenta los vómitos y el peristaltismo intestinal, muy doloroso en estos casos. Además, la turgescencia actual de la mucosa digestiva, hace difícil la digestión y absorción de los pequeños coágulos de la leche ingerida. El caldo se presta mejor, para su administración por el estómago.

En cuanto á la leche, su administración por la vía rectal presenta mayores ventajas. El recto tolera bien, lavativas de 150 á 200 gramos de leche, cada dos horas. Estas lavativas no solamente alimentan al enfermo, sino que sostienen un ligero estado de excitación intestinal, útil para expeler los gases de la porción inferior del intestino.

Algunos enfermos toleran bien la ingestión de bebidas heladas: leche helada, café ó té con leche bajo la forma de helado, etc., etc. Pero una vez pasada la acción hipotónica del frío sobre

CLINICA QUIRURGICA.

(La Histerectomia.)

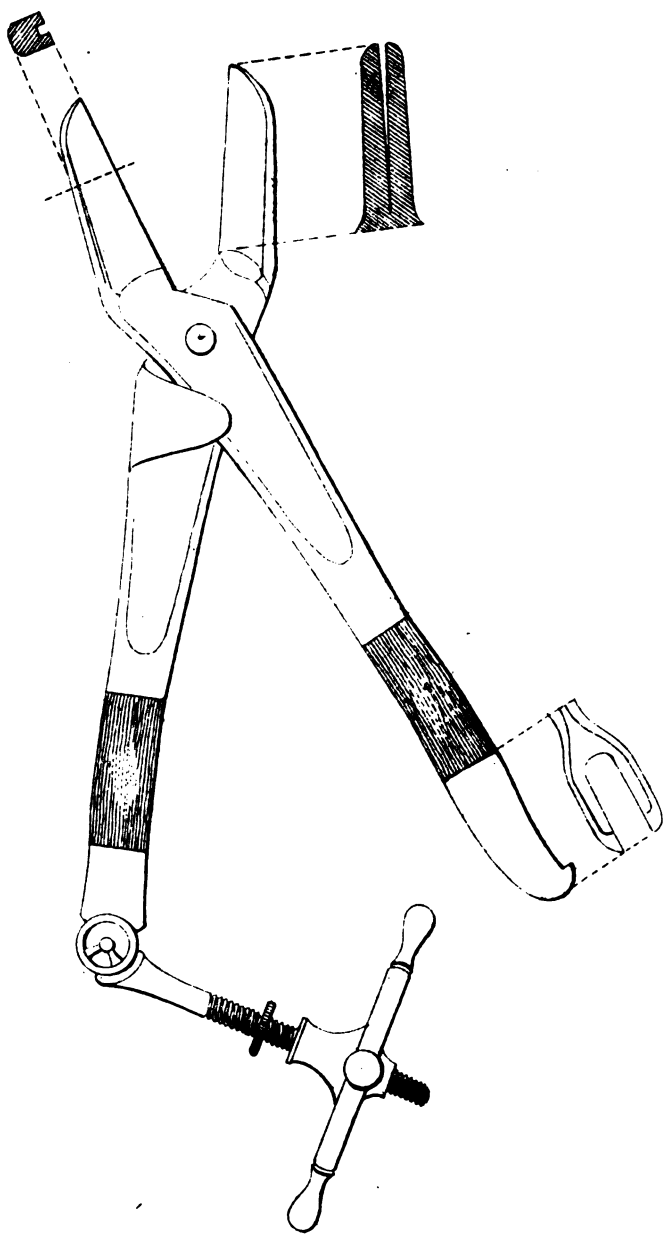


Fig. 90.—Angiotribe de Doyen y de Tuffier.

Lit. del Timbre.

Dr. Suarez Gamboa

las túnicas del estómago, los vómitos reaparecen quizás con más violencia que antes. Lo mejor es dedicar la vía estomacal á la administración del caldo caliente y la vía rectal á la de las lavativas de leche cocida y tibia.

Al lado de la alimentación reparadora, deben colocarse aquellos agentes que disminuyen la desasimilación protegiendo los tejidos por su acción dinamogénica sobre el sistema nervioso. Las preparaciones de *quina*, los *alcohólicos* á pequeñas dosis, el *café*, etc., son los elementos á los que se dirigen las palabras anteriores.

El corazón es la primera víctima de la septicemia peritoneal. Con su debilitamiento y postración, se presentan inmediatamente las complicaciones pulmonares y las que son aún más desastrosas en estas circunstancias, las perturbaciones renales. Estos accidentes cardiacos se deben, no solamente á la degeneración aguda del miocardio por la intoxicación brusca, sino también parecen reconocer un origen nervioso, emanado directamente del bulbo: son una verdadera *locura* del corazón.

En medio de todos estos accidentes del funcionamiento del corazón, hay tres principales: la *taquicardia*, las *intermitencias del corazón*, y el *debilitamiento de la contracción*.

La *digital*, la *cafeína* y la *medicación purgante*, son los recursos ordinariamente empleados en estas circunstancias. La *cafeína* es un medicamento que obra á la vez como tónico del corazón, como diurético y como tónico general; su modo de empleo más adecuado con el estado de los enfermos de peritonitis, es bajo la forma de inyecciones hipodérmicas:

F:	Gramos.
Benzoato de sosa	3 00
Cafeína.	2 50
Agua destilada estéril.	6 00

(h. La solución en caliente).

Cada centímetro cúbico contiene 0.25 ctgs. de cafeína.

F:	Gramos.
Salicilato de sosa	3 10
Cafeína.	4 00
Agua destilada.	0 09

(Para hacer 10 centímetros cúbicos).

Cada centímetro cúbico contiene 0.40 ctgs. de cafeína.

La *digital* obra directamente sobre el miocardio y sobre los vasos sanguíneos; es además un excelente diurético.

Yo tengo por costumbre prescribirla bajo la forma de *digitalina cristalizada* de NATIVELLE:

F:	Gramos.
Alcohol á 90	10 00
Digitalina de Nativelle	00 01

(Una dosis de 50 gotas).

La *medicación purgante*, no solamente desembaraza el intestino de los productos tóxicos que contiene, facilitando indirectamente la nutrición del miocárdio, sino que despertando la contractilidad de las fibras musculares lisas del intestino, combate la parálisis del tubo digestivo, evita las congestiones pasivas del abdomen, y facilitando la circulación, auxilia el esfuerzo de la contracción del músculo cardiaco, disminuyendo la resistencia periférica de la onda sanguínea.

Hay ciertos casos, sobre todo cuando accidentes graves parecen hacer inminente el colapsus del corazón, en los que hay necesidad de obrar enérgica y rápidamente, para reanimar la contractilidad cardiaca á punto de desfallecer. En estas condiciones, hay que recurrir á agentes que llenen las indicaciones de vigor y de rapidez en sus efectos: entre otros, ocupan un puesto de primer orden, el éter, el alcanfor, el calor, los excitantes cutáneos—fricciones secas enérgicas, martillo de Mayor, puntas de fuego, pulverizaciones de cloruro de etilo en la región precordial, etc.,—las inhalaciones de oxígeno y las de piridina.

Pero cuando la urgencia del caso es un poco menor, se puede recurrir á la estricnina, al café, al té, al ópio en pequeñas dosis, etc., etc. De todos estos medios el que más confianza me merece es la estricnina, aplicada en inyecciones hipodérmicas y á dosis algo elevadas. Los estudios del Dr. JOAQUIN VÉRTIZ sobre la acción de la estricnina en la fibra muscular del corazón, son interesantísimos; y bajo su dirección he aprendido á manejar este medicamento que presta reales servicios. No se vacilará en inyectar dosis más y más crecientes, comenzando por cuatro miligramos y pudiendo llegar hasta quince y veinte miligramos en las 24 horas.

F:	Gramos.
Agua destilada.	10 00
Sulfato de estricnina	00 04

Cada centímetro cúbico contiene 4 milígramos de estricnina.

No solamente el corazón sufre la funesta influencia de la septicemia aguda, sino que otros órganos de mayor ó menor importancia, ofrecen perturbaciones que es preciso modificar. Entre todos estos órganos, el sistema nervioso es el más sensible.

Para estimular la actividad nerviosa, las lociones frías, las fricciones cutáneas, las inyecciones de soluciones salinas, etc., son los mejores medios de llenar la indicación. Las lociones ejercen sobre el sistema nervioso cutáneo, una enérgica estimulación que hace eco sobre los órganos centrales, y por vía refleja sobre los cambios orgánicos, que levanta y regulariza. Las fricciones cutáneas secas, tienen un modo análogo de obrar. En cuanto á las inyecciones abundantes de soluciones salinas, su acción es variada, pues á la vez que obran directamente sobre el tejido nervioso, lo tonifican y excitan, levantando rápidamente la tensión sanguínea.

Se dice que la excitación constante y enérgica de los plexus nerviosos peritoneales, puede, por acción refleja, causar la hipotensión del sistema nervioso central, hipotensión que en ciertos casos podría llegar hasta el síncope y la muerte. Inspirándose en estas ideas el Dr. Ruhl, preconiza como el mejor tónico del sistema nervioso central, en estos casos de hiperexcitación peritoneal, el uso de la morfina en altas dosis. En verdad, este tratamiento del colapsus nervioso peritoneal, no tiene nada de ilógico; pero yo no tengo experiencia personal sobre él. Gustavo Pagenstecher, lo elogia diciendo que le ha ofrecido reales ventajas.

La indicación de vigilar y sostener el buen estado general de los enfermos, no es del único derecho de las septicemias peritoneales, sino que es un precepto fundamental de la terapéutica de todas las infecciones, sean agudas ó crónicas.

Pero en las peritonitis, esta indicación tiene una importancia excepcional, pues que toda tentativa ulterior de tratamiento, debe basarse en la situación que presente el estado general del enfermo. De aquí la necesidad de preocuparse desde el fin de la operación abdominal, por las condiciones que satisfagan el buen sostenimiento de las fuerzas de la operada.

Fuera de duda está que existen casos de septicemia peritoneal que escapan á toda tentativa de tratamiento: se diría que la violencia de la intoxicación hace que la muerte llegue antes que el médico á la cama del enfermo.

Pero hay otros casos en los que la intoxicación no es tan brusca en su principio, y son la tardanza en la intervención médica y la imposibilidad de obrar tan violentamente como la infección lo exige, los elementos que exaltan la virulencia del agente séptico, y transforman una infección curable en una intoxicación rápidamente mortal.

Es, en estos últimos casos, cuando la vigilancia del estado general de los enfermos alcanza su máximum de importancia. Aquí, retardados los auxilios directos del Cirujano, al peritoneo herido, hay que sostener, reforzar si es posible, la energía vital de las celdillas de la serosa, apoyándolas en la actividad común de todos los elementos orgánicos de la economía. Mientras se puede combatir directamente el agente séptico, hay que procurar aumentarle la resistencia que la vitalidad de los tejidos ofrece á sus estragos.

No se vacilará en la administración amplia y repetida de todos los elementos terapéuticos que hemos estudiado: la digital, la cafeina, la estricnina, el oxígeno, y particularmente las grandes inyecciones de líquidos salinos, permitirán sostener el organismo de la enferma, hasta que la acción del Cirujano le lleve un auxilio más eficaz y poderoso, alejando de la serosa atacada los gérmenes de la septicemia y de la muerte.

Merced á este tratamiento verdaderamente médico, suele verse á los enfermos volver á la vida, casi se asiste á una resurrección. El pulso se regulariza, llena y tranquiliza; las extremidades del enfermo se calientan; la respiración toma de nuevo su amplitud anterior; las facciones se componen; en fin, un operado que estaba próximo á sucumbir, se reanima y recobra nuevas energías que le permiten resistir mejor la infección de su vientre y soportar las costas de un tratamiento quirúrgico enérgico.

Una vez levantado el estado general, se recurrirá á combatir expresamente la infección, llenando la segunda indicación que hemos planteado al desarrollar el plan terapéutico del tratamiento de la infección que nos ocupa.

De ninguna manera la vigilancia del estado general de los enfermos pierde interés en las subsecuentes indicaciones que vamos á estudiar.

El cuidado del estado general del enfermo, la observación

CLINICA QUIRURGICA.

(La Histerectomia.)

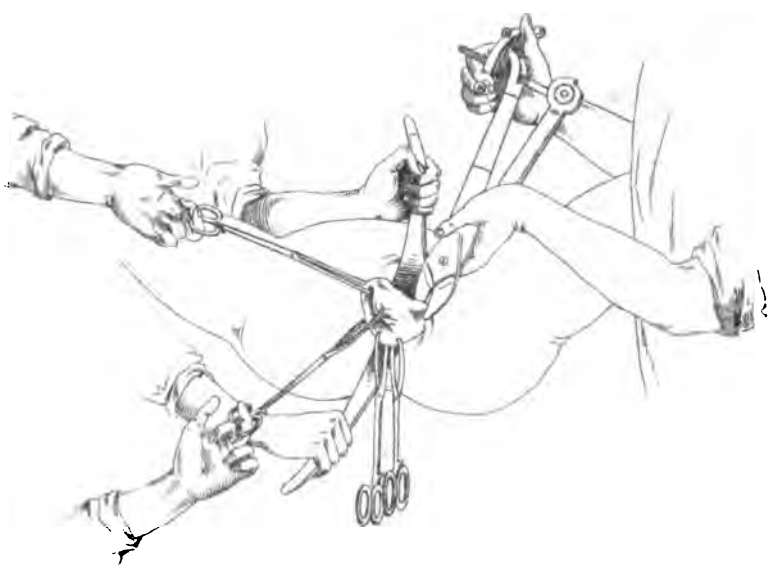
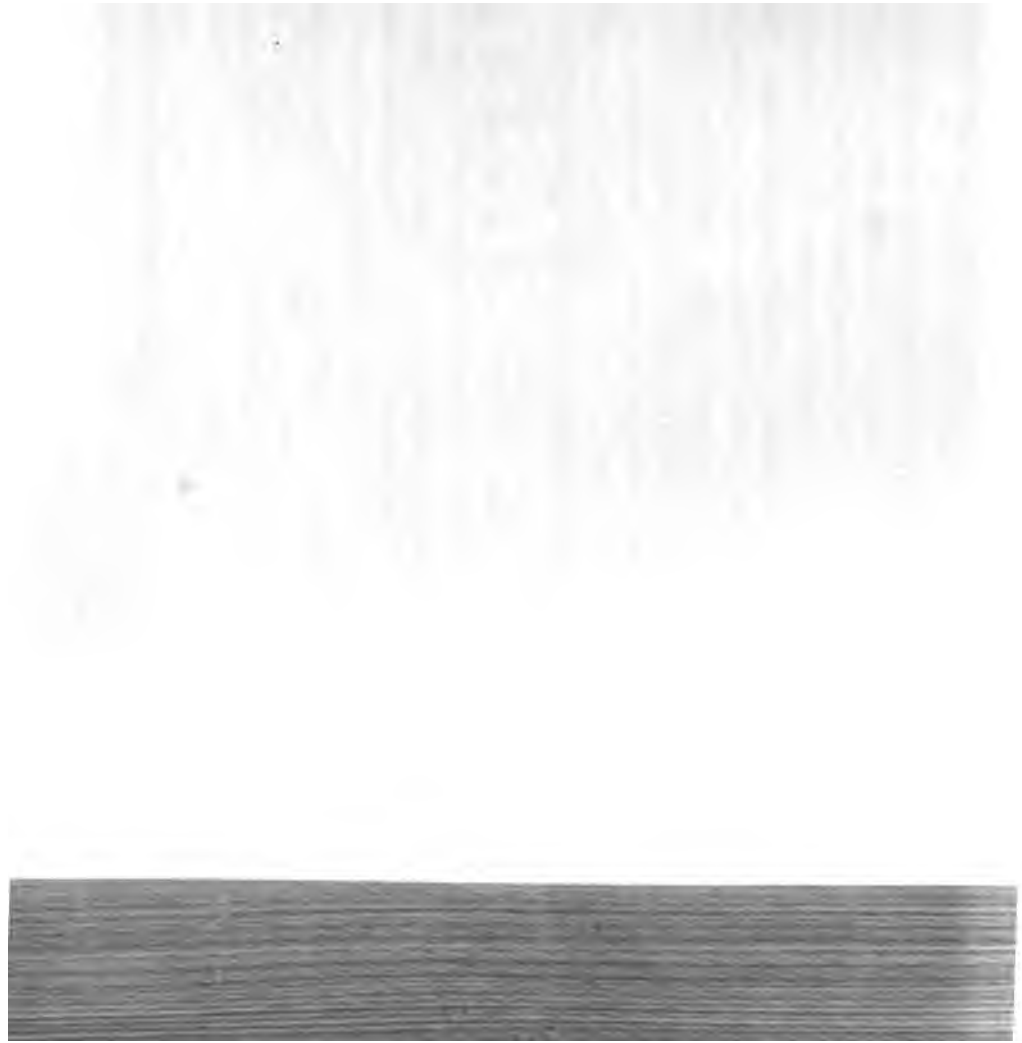


Fig. 91.—Técnica de la histerectomía, por medio del angiotribo.

Lit. del Timbre.

Dr. Suarez Gamboa



atenta del buen funcionamiento de sus aparatos nervioso y cardio-renal, y el sostenimiento regular y armónico de todas sus funciones, son el eje poderoso y principal sobre el que se desenvuelven y giran todas las indicaciones terapéuticas del tratamiento de la infección peritoneal y de la septicemia consecutiva.

II.—Disminuir en todo lo posible el foco séptico productor de los elementos tóxicos que invaden el organismo.

Esta indicación es del resorte directo del Cirujano: para llenarla, hay que recurrir en la mayoría de los casos á la reabertura de la cavidad abdominal.

Desde luego, el Cirujano debe comenzar por hacer el diagnóstico preciso del sitio del foco de la infección.

Nada es más peligroso que confiar en los resultados de la laparotomía, para averiguar el sitio real del punto inflamatorio infectante. No solamente se prolonga el traumatismo peritoneal con las maniobras de la exploración del vientre, sino que se expone el Cirujano á desgarrar repentinamente las adherencias que circunscriben los depósitos purulentos y á provocar una repentina inundación de pus, en el resto de la serosa sana.

Si la exploración clínica del abdomen demostrase desde luego la existencia de una zona inflamatoria en alguna región un poco lejana de la línea media, se practicará la incisión de los tegumentos, inmediatamente encima de ella.

Si por el tacto vaginal se hace un descubrimiento análogo, será la vagina la vía de preferencia para evacuar las materias sépticas. La colpotomía posterior se presta admirablemente para permitir al Cirujano obrar sobre todo el peritoneo de la pelvis.

Desgraciadamente estos casos son la excepción, pues en la gran mayoría de los otros, la incertidumbre sobre el sitio del foco purulento no se disipa, y entonces el Cirujano se vé obligado á recurrir á la cœliotomía mediana. Si la incisión abdominal de la operación primitiva aun no cicatriza, bastará cortar los hilos de las suturas, para obtener la reabertura del vientre.

Punto de no menor importancia es el diagnóstico de la extensión de la zona peritoneal infectada, es decir, la distinción entre una peritonitis circunscrita y una peritonitis generalizada.

La marcha progresiva del proceso, la intensidad de los signos

y la rapidez de la evolución, podrían formar criterio al clínico; pero todos estos datos son vagos é infieles, y la verdad es, que clínicamente no se puede en muchos casos distinguir una peritonitis circunscrita de una generalizada.

La incisión abdominal para alcanzar los focos purulentos, se ha variado muchísimo. El camino más corto debe buscarse siempre para encontrar la colección del pus; pero cuando la infección es generalizada, cuando no hay propiamente un absceso peritoneal, las incisiones abdominales han sido diferentemente recomendadas.

Peyrot aconseja dos incisiones, practicadas una en cada fosa iliaca, como si se tratase de realizar la ligadura doble de las arterias iliacas primitivas, é introduce por cada una de estas aberturas una gruesa cánula de cristal. Por una de las cánulas inyecta en la cavidad peritoneal grandes cantidades de la solución de cloruro de sodio al 6 ó al 7 por mil; por la otra cánula sale el líquido arrastrando el pus y todas las substancias extrañas depositadas en el interior de la gran cavidad del peritoneo.

Yo he creído más conveniente obrar sobre el peritoneo, por la vía vaginal. Como quiera que casi la totalidad de las peritonitis post-operatorias se inician en el campo operatorio mismo, resulta que el peritoneo pélvico es el teatro de los primeros fenómenos infecciosos, en las operaciones de la Ginecología.

La vagina es el conducto más adecuado para permitir la acción de un Cirujano sobre el peritoneo infectado de la pelvis, pues que reune á su natural declividad, la garantía de no propagar la septicemia á las regiones superiores del peritoneo. Basta la introducción de dos tubos gruesos en el fondo de Douglas, para poder ejecutar con toda facilidad la evacuación de los líquidos peritoneales, la irrigación abundante y la canalización amplia y constante de la cavidad pélvica, zona declive donde se acumulan los productos sépticos y de excreción, de la serosa abdominal total.

La combinación de la cœliotomía con la colpotomía, es una buena práctica, cuando las lesiones del peritoneo son profundas ó revelan una extrema virulencia de la infección.

Suele suceder que desde que se abre el vientre, el pus escurra con facilidad: bastará en estos casos una ligera irrigación caliente del foco purulento, hecha con extrema delicadeza y con una solución salina de las llamadas falsamente fisiológicas, para facilitar la evacuación del pus y el aseo del foco.

Si la supuración está coleccionada en pequeños focos aislados, se harán comunicar todos entre sí, por medio de incisiones bien combinadas. Si el pus forma natas en la superficie de la serosa, se levantará por medio de compresas finas ó de tapones de algodón aséptico.

Si en el foco purulento ó en sus cercanías, se encontrasen pedículos gangrenados ó ligaduras sépticas, ó desgarraduras y fístulas que hagan comunicar la cavidad peritoneal con la cavidad de algún órgano infectante, se procurará cortar y cauterizar con vigor los pedículos, quitar las ligaduras y suturar ó tratar convenientemente las desgarraduras y fístulas orgánicas.

El Cirujano debe ser muy reservado en el empleo de los grandes lavados peritoneales. En los casos comunes basta la *toilette* de la región inflamada, para limitar el proceso séptico; y sólo se recurrirá al verdadero lavado, cuando el foco infectante sea muy extenso ó generalizado á toda la serosa.

Estos últimos casos, los de peritonitis generalizada, se benefician, por desgracia, bien poco con los grandes lavados del vientre. Hay imposibilidad mecánica de desinfectar todos los innumerables pliegues de la serosa abdominal.

El lavado cuando se practica, debe hacerse con solución de cloruro de sodio al $6\,\%$, empleada en abundancia.

Ante la idea de inyectar grandes cantidades de líquido en la cavidad peritoneal, ocurre hacerse esta pregunta: ¿Se puede impunemente hacer inyecciones abundantes en la cavidad peritoneal al estado fisiológico?

Desde luego se puede contestar por la afirmativa. Las experiencias de DEBRAND, repetidas por mí, y la práctica diaria de la clínica quirúrgica, nos autorizan para hacer esta afirmación.

No existe el peligro del lavado, pues, en el hecho de la penetración de líquidos pseudo-fisiológicos en el interior de la serosa peritoneal.

Ciertamente que entre el peritoneo flogosado y el peritoneo sano, hay diferencias anatómicas y funcionales bien marcadas; pero de un modo general se puede admitir una reacción poco distinta entre el modo de aceptar el peritoneo enfermo las irrigaciones con líquidos normales, y el modo de tolerarlas del peritoneo fisiológico.

No, el peligro no está ahí. Donde se halla el inconveniente serio del lavado peritoneal, es en su difusión en toda la cavidad

del peritoneo y en la facilidad con que puede arrastrar hasta los más recónditos lugares de la serosa, los gérmenes sépticos que toma del foco de infección. El líquido que penetra al vientre, cae sobre la zona infectada, disocía el pus ó los depósitos sépticos que encuentra, y mientras una parte de él regresa y sale al exterior arrastrando los elementos de la infección, otra parte, siguiendo la dirección primitiva del líquido, invade la cavidad del abdomen llevando y sembrando por todas partes los agentes de la septicemia.

Si la infección fuese general en todo el peritoneo, esta difusión del líquido del lavado no tendría más que ventajas; pero si la infección es local, si hay un foco séptico bien aislado, permaneciendo sana la serosa restante, la difusión que el lavado ocasiona sería de consecuencias desastrosas. Generalizando la infección, se transformaría la peritonitis circunscrita en una peritonitis difusa; es decir, se haría de una infección curable, otra infección rápidamente mortal.

De aquí que se aconseje prescindir en todo lo posible del empleo de los grandes lavados del peritoneo en el tratamiento de las peritonitis circunscritas. Si fueren del todo punto indispensables estos lavados, se harán con mucha suavidad y procurando que el líquido penetre al peritoneo sin presión y encontrando siempre amplia y fácil la salida.

Una vez evacuado el pus, con ó sin lavado peritoneal, y hecha la desinfección ó mejor dicho, el aseo minucioso del foco séptico, hay que preocuparse por asegurar el escurrimiento hacia el exterior, de todos los líquidos que van nuevamente á producirse en la región contaminada.

Esta indicación se llena con la canalización del peritoneo.

En el capítulo Manual Operatorio de este libro, hemos visto algo relativo al drenaje del vientre: poco tenemos que agregar.

Para obtener la canalización del peritoneo, se colocarán en el fondo de Douglas—punto más declive de la cavidad abdominal en la mujer—un grueso tubo de caucho, en forma de T, ó mejor aún como yo acostumbro, dos tubos de gran diámetro, perforados lateralmente y cubiertos con una tira de gasa yodoformada.

Entre las paredes vaginales y los tubos, se colocan tiras de gasa, igualmente yodoformada. Las extremidades interiores ó pélvicas, de los tubos, penetran de dos á cuatro centímetros en la cavidad peritoneal de la pelvis y las extremidades exteriores

CLINICA QUIRURGICA.

(La Histerectomia.)

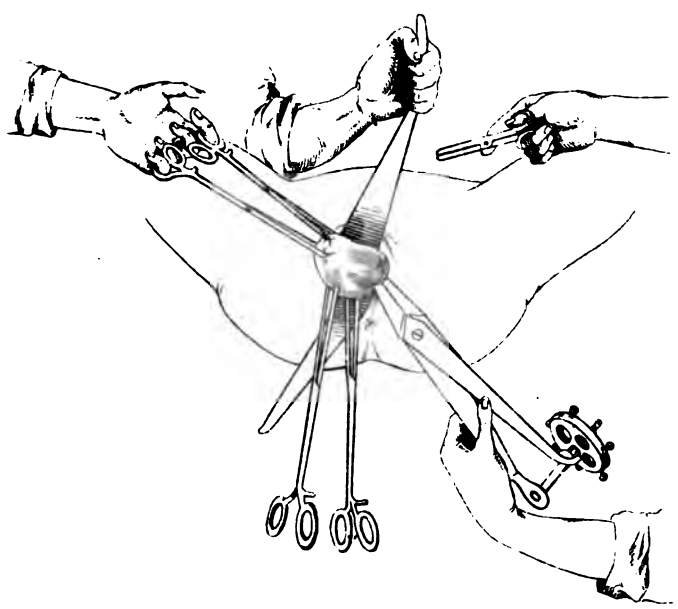
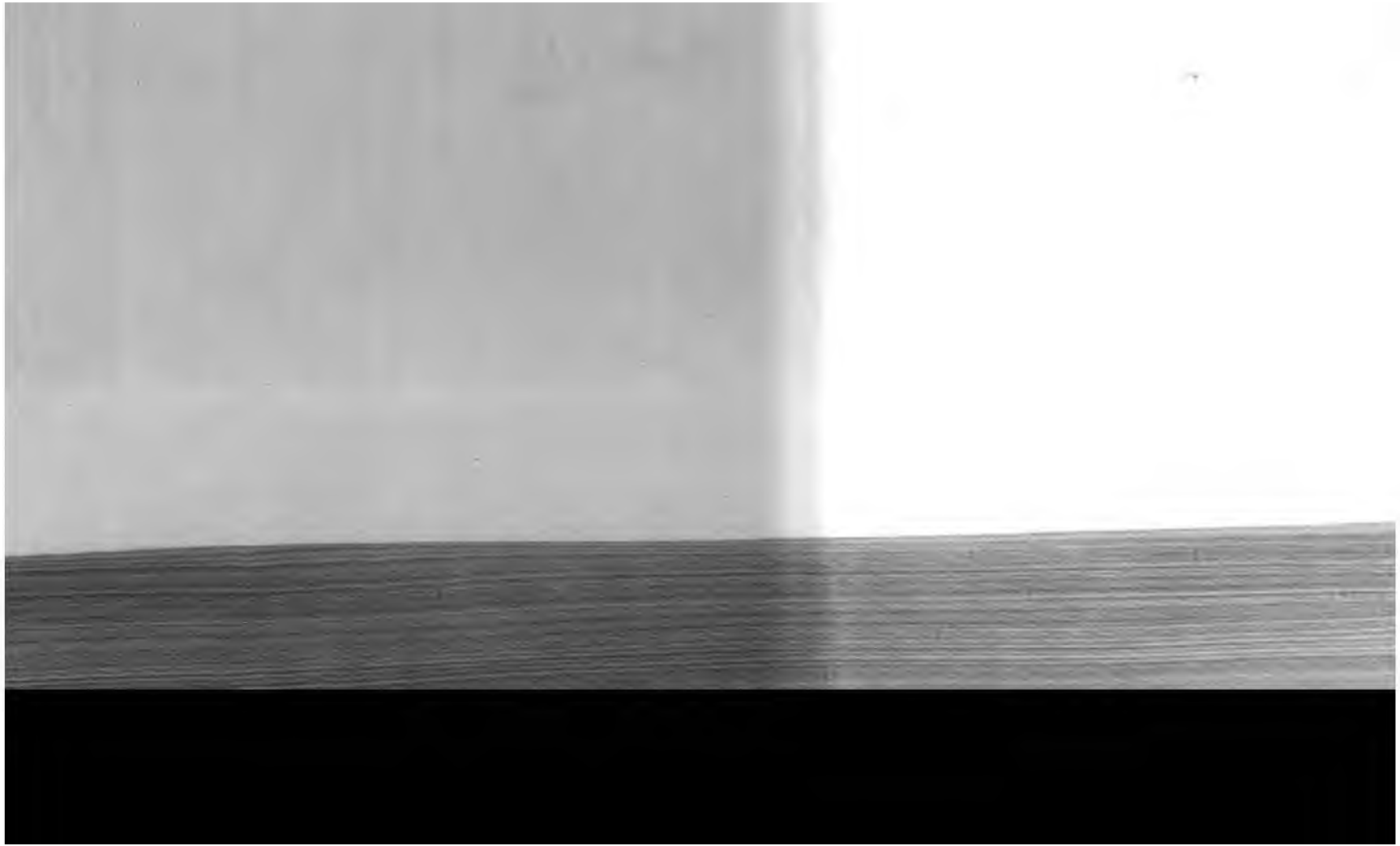


Fig. 92.—Téonica de la histerectomía, por medio del angiotribo.

Lit. del Timbre.

Dr. Suarez Gamboa



de los mismos tubos, se cubren con compresas humedecidas con soluciones fuertemente antisépticas. Por medio de dos ó tres cordones de seda, se sujetan los tubos que hacen la canalización del peritoneo, sobre el vendaje de la curación abdominal.

Estos tubos no solamente hacen el drenaje constante de la cavidad abdominal—profunda satisfacción me causa ver las ropas de la enferma empapadas con los líquidos que salen por los tubos—sino que permiten que por ellos se repita cuantas veces sea menester el lavado del peritoneo pélvico.

Hemos evacuado el pus del peritoneo, hemos modificado los focos infectantes de modo que las absorciones tóxicas se reduzcan al mínimum; pasemos ahora á la tercera indicación del tratamiento de las septicemias peritoneales.

III.—PROCURAR POR TODOS LOS MEDIOS POSIBLES LA RÁPIDA Y CONSTANTE ELIMINACIÓN DE LOS AGENTES TÓXICOS QUE CIRCULANDO POR LA ECONOMÍA LA ENVENENAN Y DESTRUYEN.

Después de haber puesto en práctica las prescripciones anteriores, que tienden á sostener el organismo en su lucha contra la infección y á protegerla contra el desarrollo de los productos sépticos infectantes, tocamos á la tercera indicación.

Esta tercera indicación comprende cuatro tiempos:

I. Solubilizar los productos tóxicos microbianos.
II. Facilitarles un disolvente que los arrastre al exterior.
III. Sostener la presión sanguínea y la energía circulatoria; y
IV. Vigilar y asegurar la integridad de los emontuorios naturales.

Todos estos tiempos, especialmente los tres primeros, se llenan admirablemente con las grandes inyecciones de soluciones salinas.

Hemos hablado de solubilizar los productos microbianos. ¿Es esto posible? ¿Las toxinas son susceptibles de dilución?

Las opiniones de los autores se dividen en este sentido, y así como algunos aseguran la *insolubilidad absoluta* de las toxinas, otros sostienen la *solubilidad constante* de ellas.

Dejando á quienes son más competentes que yo, el estudio de la solubilidad *in vitro*, de las toxinas, y colocándome en el terreno

meramente clínico de la cuestión, no vacilo en declarar que *las toxinas son siempre solubles en la economía cuando se busca con oportunidad su dilución.*

Haciendo aparte las toxinas de *acción electiva constante*, es decir, aquellas que tienden á buscar siempre un género determinado de celdillas sobre cuyos protoplasmas se fijan *como se fijaría una materia colorante*, y las que, una vez fijas, no hay disolvente químico ni físico, ni hay medio conocido de separarlas de la celdilla elegida—por ejemplo, las toxinas del tétanos—queda siempre en pie la posibilidad clínica de diluir las toxinas en el medio en que se desarrollan.

Conviene hacer notar que la solubilización de las toxinas es un fenómeno complexo, en donde tienen tanta influencia la naturaleza propia del disolvente como la acción oxidante de los elementos anatómicos.

Las inyecciones de soluciones salinas no solamente obran aumentando el total de la masa líquida de la sangre y, por consecuencia, disminuyendo la toxicidad relativa de ella, sino que, levantando la tensión sanguínea, estimulan las funciones reductoras de los elementos constitucionales del organismo.

La introducción en la economía de cantidades más ó menos considerables de soluciones salinas, tan mal designadas con el calificativo de sueros artificiales, y cuya introducción se hace tanto por hipodermoclisis, por hematoterapia, por transfusión directa, por enteroclisis ó por inyección en la cavidad de la serosa abdominal, parece constituir hoy una especie de panacea contra las infecciones, tanto quirúrgicas como médicas.

Bien que esta cuestión de las inyecciones salinas en el organismo esté al debate médico desde hace varios años, dando origen á multitud de estudios y de experimentaciones; la fisiología no ha dicho aún su última palabra acerca del modo de acción de estas inyecciones, en la intimidad de la economía.

Son en las infecciones y en las toxemias donde más se multiplican las observaciones, en las que el empleo sistematizado de las inyecciones salinas se ha visto coronado de éxito.

Es por lo que en la infección peritoneal, la más rápida quizás de las toxemias, después de una rápida ojeada á la historia de la cuestión, abordamos el estudio de las inyecciones abundantes de soluciones salinas, en el interior de la economía.

Esta cuestión del empleo de las grandes inyecciones de agua salada, tiene en Cirugía abdominal una importancia de primer

orden: es, tal vez, el más poderoso de los recursos con que los cirujanos actuales contamos para combatir y vencer un gran número de accidentes operatorios y de complicaciones consecutivas.

HISTORIA.—La capital importancia que tienen las inyecciones de los diversos sueros en el tratamiento de la peritonitis, de esa terrible complicación de las operadas del vientre, nos obliga á detenernos un poco en su estudio y á reseñar ligeramente los detalles más salientes de su historia.

El empleo de las inyecciones abundantes de líquidos es conocido desde la más remota antigüedad; pero los datos claros y verdaderamente históricos sobre su uso, no se remontan más allá del siglo XVII, habiendo sido el profesor ETHMULLER, en 1668, el verdadero iniciador de la Cirugía infusoria.

Caída en el olvido durante un siglo esta primera tentativa de aplicación de las inyecciones intra-venosas, fué recomendada de nuevo por REGNAUDOT, en 1777, sin que su propaganda tuviera éxito.

Con la aparición del cólera en Europa, en 1830, comienza el período de voga de las inyecciones salinas intra-venosas. Preconizadas por HERMANN y practicadas por PŒRNICHEN, de Moscou, para remediar la algidez y el espesamiento de la sangre, tan notables en esta enfermedad, fueron seguidas de algunos casos de éxito, que alentaron á los médicos á seguir en esta vía. THOMAS LATTA introduce en las venas cantidades considerables de una solución clorurada sódica; MAGENDIE ensaya infructuosamente el mismo tratamiento, que es seguido por gran número de médicos franceses, y DUJARDIN-BEAUMETZ, en 1873, presenta á la "Sociedad Médica de los Hospitales" una Memoria sobre el uso de las inyecciones salinas de una solución, cuyos componentes tienen gran analogía con los del suero sanguíneo.

Como se ve, hasta esta época una sola aplicación habían tenido las inyecciones salinas, el tratamiento del cólera; pero no tardaron en hacerse extensivas á otras enfermedades, y ya en 1878 PAYLET y LAFONT inyectaban con éxito una solución de cloruro de sodio al 5 por 1000, en casos de anemia aguda, y un año más tarde, KRONECKER y SAUDER, en Alemania, preconizaban el mismo tratamiento para las hemorragias mortales, y SCHWARTZ, adoptando la práctica de estos métodos, fija en 500 centímetros cúbicos la cantidad mínima de solución inyectable en el hombre.

No transcurrió mucho tiempo sin que se extendiera aun más el campo de acción del suero, siendo empleado en el tratamiento

de las enfermedades infecciosas y de los envenenamientos, para favorecer la eliminación de las toxinas. En esta vía se distinguen SANARELLI y SANGUIRICO, que fué el primero que empleó el término, hoy tan generalizado, de *lavado de la sangre*.

Los resultados del tratamiento por el suero, de las enfermedades infecciosas, eran cada día más halagadores, y desde 1884, que ROUX, de Lausanne, curó con inyecciones salinas intra-venosas un caso de septicemia post-operatoria, los éxitos idénticos se han multiplicado, tanto en el dominio de la Medicina, como en el de la Cirugía; estando en la actualidad Médicos, Cirujanos y Parteros, unánimemente acordes en considerar tales inyecciones como uno de los recursos más poderosos con que hoy por hoy cuenta la Terapéutica.

FISIOLOGIA.—Después de haber bosquejado los datos más culminantes de la historia de las aplicaciones terapéuticas del suero artificial, nos parece que debemos, aunque sea someramente, indicar los principales experimentos que han servido de base á tales aplicaciones.

La primera experimentación fisiológica, debida á CONHEIM, se hizo con el único objeto de suplir, por medio de la inyección de un líquido, la pérdida de cierta cantidad de sangre.

JOLYET y LAFONT, inyectando agua salada al 5 por 1000, consiguieron reanimar animales exangües y pudieron comprobar que la solución salina obraba aumentando la masa circulatoria y haciendo subir la presión arterial. Con el agua pura no se obtienen los mismos resultados, porque á su contacto sufren alteraciones los glóbulos sanguíneos.

SCHWARTZ, en 1881, demostró que cuando un animal sucumbe de hemorragia, aun le queda una cantidad suficiente de sangre para sostener la vida, con tal de que esta sangre pueda entrar en circulación. La prueba experimental de SCHWARTZ, es la siguiente:

Divide los animales que le van á servir para su experimento, en dos series; les quita á todos ellos las dos terceras partes de su sangre; practicando en los de la primera serie inyecciones salinas y limitándose, con los de la segunda, á contener simplemente la hemorragia. El resultado es que los animales á los que se aplicaron las inyecciones, se salvan; en tanto que los que tuvieron como único tratamiento la hemostasis, sucumben. HARROCKS cree, y es lo probable, que la muerte sobreviene en este caso por la caída de la presión sanguínea.

CLINICA QUIRURGICA.

(La Histerectomia.)

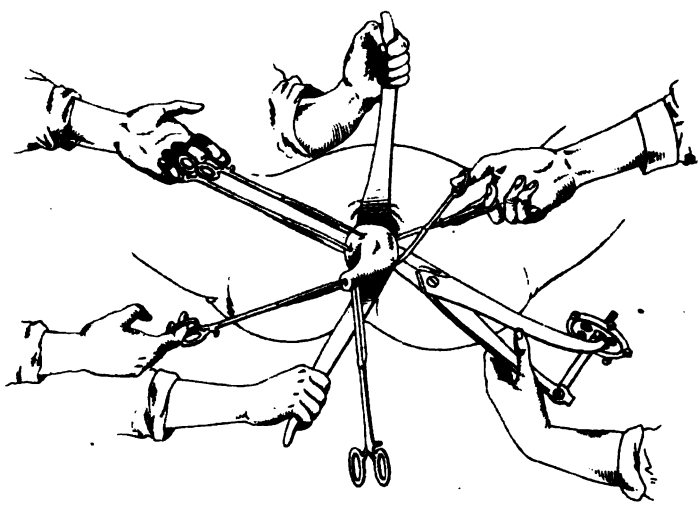


Fig. 93.—Técnica de la histerectomía, por medio del angiotribo.

Lit. del Timbre.

Dr. Suarez Gamboa

HAYEM ha fijado en un $\frac{1}{15}$° del peso del cuerpo la cantidad de sangre que se debe substraer á un perro para ocasionarle la muerte por anemia aguda. Es posible en estas condiciones hacer desaparecer el estado de anemia haciendo inyecciones de suero, que obran, como ya lo hemos dicho, aumentando la masa circulatoria en los vasos y haciendo subir la presión sanguínea necesaria para las excitaciones de los centros nerviosos bulbares.

Además de la acción mecánica que posee el suero y que le da un valor tan grande en el tratamiento de la anemia aguda consecutiva á las grandes pérdidas de sangre, tiene también propiedades hemostáticas que se pueden utilizar con ventaja.

HAYEM hizo observar que la transfusión de la sangre, aumentando la coagulabilidad de este líquido, posee una acción hemostática bastante intensa, y ahora está probado que una acción semejante, pero aun de mayor fuerza, tienen las inyecciones salinas intra-venosas.

DELBET, alternando en un perro las sangrías con las inyecciones intra-vasculares, ha visto aumentarse la plasticidad de la sangre á tal grado, que se coagulaba al salir de los vasos. FANEY y FOURMEAUX, producían hemorragias seccionando en conejos ó en perros el costurero ó el gran gluteo, y notaban que, si hacían inyecciones intersticiales de suero, la hemorragia se contenía dentro de un tiempo cuya duración fluctuaba entre minuto y medio y tres minutos; en tanto que, no practicándolas, la sangre seguía escurriendo durante un tiempo mucho más largo.

Véamos ahora cómo se produce esta acción hemostática:

El suero inyectado activa la salida de los hematoblastos de su centro hemato-formador, y como estos hematoblastos que deben reemplazar á los glóbulos rojos, encuentran un suero bastante rico en fibrina, dan principio á la formación del coágulo hemostático.

Es, pues, doble la acción del suero artificial en las hemorragias: por una parte, levanta la tensión sanguínea; por otra, favorece poderosamente la hemostasis, y en esta segunda acción, la hemostática, es de suma utilidad, pues impide que el aumento de la tensión haga más profusa la hemorragia.

De estos distintos modos de obrar de las inyecciones salinas, se deduce una enseñanza terapéutica de gran trascendencia, y es la siguiente: que siempre que un médico se encuentre en presencia de una hemorragia grave, que por su localización (hemorragia pulmonar, intestinal, etc.) no puede ser atacada en su origen, deberá recurrir á las inyecciones cloruradas sódicas, utilizando

sucesivamente las dos propiedades que acabamos de reconocerle; así es que, comenzará, siguiendo los consejos de FOURMEAUX, por aplicar inyecciones cortas y repetidas, buscando el efecto hemostático, y una vez logrado éste, después de algunas horas, cuando el coágulo haya alcanzado alguna solidez, practicará inyecciones abundantes. con el objeto de elevar la presión sanguínea.

Véamos ahora las propiedades curativas de las inyecciones salinas en las enfermedades infecciosas, que es el punto que encierra más interés para el estudio que venimos haciendo.

El objeto de la aplicación de las inyecciones de suero artificial en las enfermedades infecciosas, es favorecer, excitar las funciones renales y cutáneas, con el fin de procurar la eliminación de las toxinas; hacer, en una palabra, un verdadero lavado de la sangre.

Veremos dentro de un instante que los resultados no han correspondido á lo que debía esperarse de la teoría, y que los fisiologistas han obtenido resultados contraproducentes; aun cuando, en compensación, los clínicos no han dejado de obtener éxitos bastante halagadores.

Los primeros experimentadores fueron DASTRE y HEYE que estudiaron los fenómenos que se producían en los animales con las inyecciones intra-vasculares.

Haciendo sus experimentos en perros y conejos, demostraron que se podía introducir en su sistema circulatorio los ⅝ del peso del animal, es decir, más del cuádruplo del volumen de la sangre, de una solución salina al 6 por 1000, sin que sobreviniera ningún accidente, con la única, pero indispensable condición, de que no existieran lesiones renales anteriores.

La cantidad de líquido inyectable es pues indiferente; pero no sucede lo mismo con la velocidad, ésta tiene un límite del cual no se puede pasar sin peligro de intoxicación, En el conejo la velocidad máxima es de 3 centímetros por minuto y por kilogramo; en el perro es de 1 centímetro por minuto y por kilogramo.

Una vez adquiridos para la ciencia estos dos hechos: que no hay cantidad de inyección tóxica, y que hay en cambio, una velocidad tóxica, DASTRE y HOYE emprendieron nuevos experimentos buscando la acción de eliminación que puede tener el suero

sobre los venenos introducidos en el organismo. Para lograr su objeto, inyectaron á conejos y perros, cultivos de microbios patógenos ó toxinas de carbón, difteria, etc., é hicieron en seguida el lavado de la sangre en unos, dejando que en otros animales el proceso de infección siguiera su curso sin obstáculo.

El resultado fué invariablemente el siguiente: los animales á los que se había hecho el lavado de la sangre, murieron siempre antes que aquellos en los que no se había empleado ningún tratamiento.

Algún tiempo más tarde LEJARS y otros varios experimentadores emprendieron ensayos parecidos con resultados muy semejantes; siempre el lavado de la sangre apresuraba la marcha del proceso infeccioso.

DELBET, intoxicando perros con estricnina y lavándoles inmediatamente la sangre, no notó ninguna variación en la marcha del envenenamiento, á pesar de la abuntante diuresis que provocó

Sin embargo, al lado de estos constantes fracasos de los fisiologistas, los clínicos lograban éxitos tratando diversas infecciones por medio de las inyecciones salinas en corta cantidad.

¿A qué atribuir los fracasos de los fisiologistas? No se puede contestar categóricamente á esta pregunta, y se han dado hasta hoy diversas explicaciones; una que atribuye los fracasos á la cantidad enorme de líquido que atraviesa el organismo, y la otra que los hace depender de la rapidez con que la inyección salina reparte por todas las regiones del cuerpo las toxinas, apresurando de manera notable sus fatales efectos.

Para hacer perder todo su valor á este último reproche, se ha preconizado últimamente la aplicación de una sangría, como primer tiempo indispensable del lavado de la sangre, dándole el nombre á esta modificación, de *sangría de transfusión*.

Bosc, que ha sido el primero en metodizar la sangría-transfusión, insiste sobre la necesidad de sangrar en las auto-intoxicaciones graves, como la anemia y en las intoxicaciones infecciosas.

La emisión sanguínea de Bosc, varía entre 3 y 400 gramos; según este experimentador, con la sangre se eliminaría gran cantidad de toxinas, lo que facilitaría la acción del suero, que obra en el mismo sentido diluyendo los venenos y disminuyendo el poder globulicida de la sangre.

BARRÉ practica simultaneamente el lavado de la sangre y la inyección de suero.

ELECCION DEL LIQUIDO POR INYECTAR.—Muy numerosas son las fórmulas de suero que se han introducido y se introducen en el organismo, sea por la vía celular, sea por las venas. Aun cuando en la actualidad ya está la opinión casi uniformada en el sentido de emplar la solución llamada *fisiológica*, que no es otra cosa, sino una solución de cloruro de sodio al 6 ó al 7 por 1000, no está de más recordar el por qué de esta elección, y dar á conocer las diversas fórmulas que experimentadores y clínicos han empleado.

PŒRNICHEN, que hizo la primera inyección de suero artificial, en 1830, empleó el agua ligeramente acidulada de ácido acético.

THOMAS LATTA usó con éxito la solución siguiente, que inyectaba á dosis elevadas (3 litros en una sesión).

	Gramos.	Centígramos.
Cloruro de sodio	3 á 5	
Subcarbonato de sosa	1	70
Agua	34	

El ideal de los experimentadores ha sido llegar á encontrar un líquido cuya semejanza con el suero sanguíneo sea lo suficientemente grande para poderlo inyectar en fuertes dosis, sin producir alteraciones en los elementos figurados de la sangre, ni determinar reacciones químicas en presencia de las sales contenidas en este humor.

POLYET y LAFONT hicieron uso de la solución de los histologistas:

	Gramos.
Cloruro de sodio	5
Agua	1000

R. KRONECKER y LICHSTEINSTEIN usaron esta fórmula:

	Gramos.	Centígramos.
Cloruro de sodio	6 á 7	50
Carbonato de sosa	0	10
Agua	1000	

SCHWARTZ de HALLE propuso la fórmula siguiente:

Cloruro de sodio	6 gramos.
Solución cáustica de potasa y sosa .	II gotas.
Agua	1 litro.

CLINICA QUIRURGICA.

(La Histerectomia.)

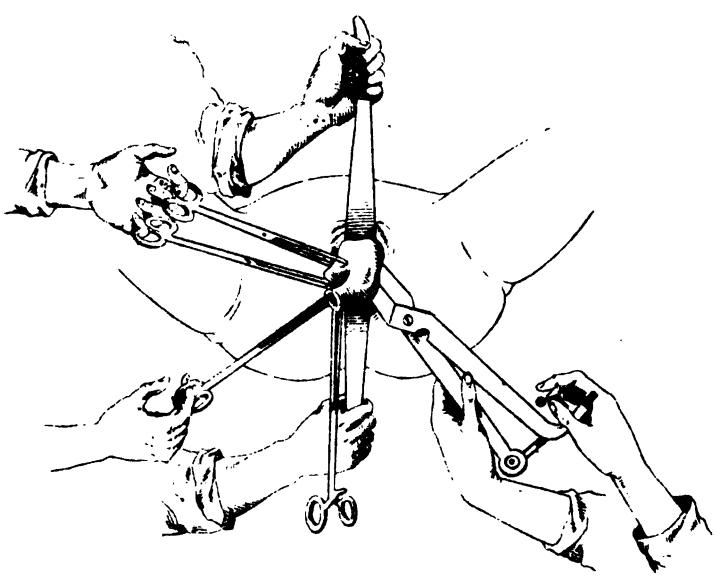


Fig. 94.—Histereotomía, por el procedimiento Tuffier.

Lit. del Timbre.

Dr. Suarez Gamboa

La solución de HERARD se compone de

	Gramos.	Centigramos.
Clorato de sosa	0	50
Cloruro de potasio	0	25
Fosfato de sosa	1	25
Cloruro de sodio	4	50
Agua destilada	1000	

DUJARDIN-BEAUMETZ empleó una solución de composición muy semejante al suero analizado por DUMAS. Hela aquí:

		Gramos.
Carbonato de sosa		
Sulfato de potasa	*aa*	1 00
Lactato de sosa		
Fosfato de sosa		0 50
Cloruro de sodio		3 10
Agua destilada		1000 00

La solución de SAPELIER, se compone de

Cloruro de sodio	60 00
Cloruro de potasio	5 00
Carbonato de sosa	32 00
Fosfato de sosa	4 50
Sulfato de potasa	3 50
Agua hervida	900 00

SYDMANN agrega á la solución salada al 6 por 1000, un gramo de bicarbonato de sosa por litro; LANDERER, tres gramos de azúcar de caña; PEANNINGS, algunas gotas de amoniaco, con el objeto de impedir la coagulación.

SYDNEY BINGER propone adicionar á la solución salina, pequeñas cantidades de sales de cal y potasa, con el fin de aumentar la energía del corazón.

HAYEM, en 1881, propuso la fórmula que lleva su nombre:

	Gramos.
Cloruro de sodio	5 00
Sulfato de sosa	10 00
Agua destilada	1000 00

Soluciones compuestas.—La solución de cloruro de sodio y sulfato de sosa, 7 gramos de cada cosa para mil gramos de agua, da los mismos resultados que la solución salada simple, lo que hace inútil la adición del sulfato de sosa, que además, según Mayet, sería dañoso para los glóbulos rojos.

Dastre opina que, si bien es cierto que la solución de cloruro de sodio al 7 al millar, no altera las hemacias, tiene en cambio una acción perjudicial sobre los leucócitos. Propone para evitar este inconveniente, la solución salina adicionada de un albuminoide, tal como la gelatina.

Malasseg dice haber observado que con la solución al 7 al millar, los glóbulos rojos se hinchan por osmosis y aumentan de volumen. Según este experimentador, se obtienen resultados mejores con la solución al 10 por millar.

Algunos autores aconsejan, después de las hemorragias agudas, servirse de soluciones más concentradas para combatir los accidentes asténicos graves.

Chéron inyecta cada dos ó tres días de 5 á 10 gramos de su suero, cuya fórmula es como sigue:

	Gramos.
Acido fénico.	1 00
Cloruro de sodio.	2 00
Fosfato de sosa	4 00
Sulfato de sosa.	8 00
Agua destilada.	**100 00**

Mathien, para suprimir en parte el dolor de la inyección, emplea la glicerina:

	Gramos.
Sulfato de sosa.	6 00
Fosfato de sosa	4 00
Cloruro de sodio.	1 00
Glicerina	20 centímetros cúbicos.
Agua destilada	100 „ „

Van de Velde ha estudiado la acción de las soluciones simples, compuestas y antisépticas, sobre la sangre, siendo de importancia señalar los resultados que ha obtenido con las inyecciones abundantes.

Con el agua destilada y el agua común, los tejidos se desorganizan, siendo esta desorganización tanto más rápida, cuanto

menos diferenciadas están las celdillas. Así, los glóbulos blancos se alteran casi instantáneamente; los glóbulos rojos quedan muy pronto disueltos, y ni las celdillas eosinófilas ni los hematoblastos de la médula de los huesos, resisten á la destructora acción del agua. En fin, para VAN DE VELDE, el agua destilada hace el terreno apto para las infecciones.

Con las soluciones salinas, el agua salada fisiológica, nada de lo anterior se produce, y desde los elementos más delicados de la sangre, hasta el tejido conjuntivo, conservan su estructura y funciones.

He aquí el modo de obrar sobre los tejidos y especialmente sobre los glóbulos blancos, de las soluciones fisiológicas y de ciertos sueros naturales introducidos en la terapéutica.

La solución al 6 ó al 7 por millar, es el líquido histológico y fisiológico por excelencia. El suero de HAYEM ofrece las mismas ventajas.

Con el suero de CHÉRON, los glóbulos sanguíneos son casi instantáneamente destruídos.

Con el suero de LUTON:

	Gramos.
Fosfato de sosa	5 00
Sulfato de sosa.	10 00
Agua destilada	100 00

Los glóbulos blancos pierden la propiedad de emitir pseudópodos. Esta solución no debe emplearse, pues, sino para inyecciones sub-cutáneas, siendo prudente para las intra-venosas, emplear soluciones menos concentradas.

TIROLLET, buscando el líquido no tóxico y conservador de los elementos de la sangre, ha comprobado los siguientes hechos.

Si á glóbulos rojos, separados por centrifugación de la sangre, de la fibrina, etc., se agrega agua destilada, se ve al microscopio que aumentan de volumen, pierden su forma lenticular, haciéndose esféricos, y después se decoloran dejando extravasar la hemoglobina que se disuelve en el agua.

Con soluciones salinas desde 1 á 6 por millar, se observan los mismos fenómenos; pero tanto menos acentuados, cuanto más se aproxima el título al 7 por millar. A este grado de concentración, la solución no altera los glóbulos, no les hace perder su forma y el líquido no se colora. El glóbulo sanguíneo no es, pues, atacado por la solución salina al 7 por millar.

CLINICA QUIRURGICA.

(La Histerectomia.)

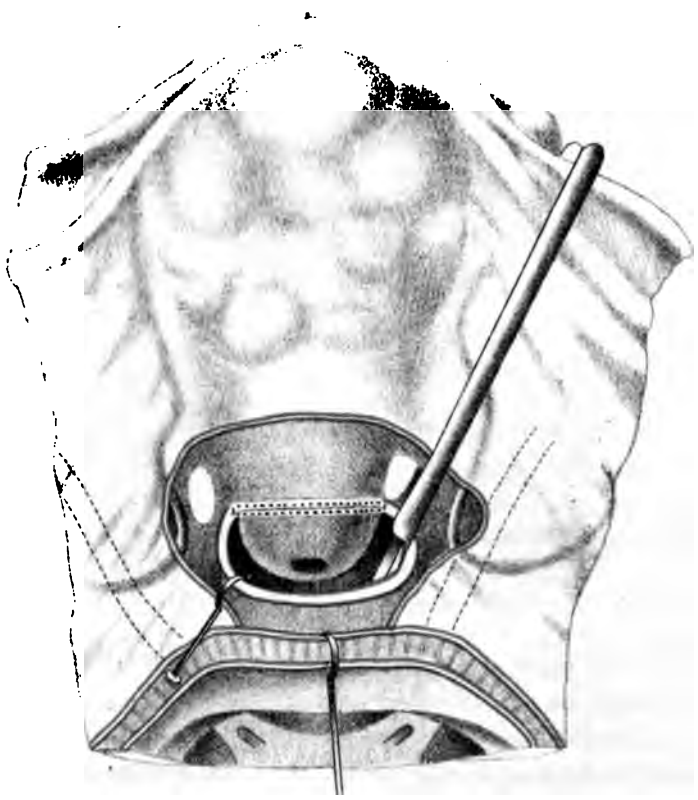


Fig. 95.—Histerectomía abdómino-vaginal. Método de Richelot, (Primer tiempo).

Lit. del Timbre. Dr. Suarez

Por el contrario, si el título de la solución se aumenta, la coloración del líquido se hace tanto más intensa, cuanto más se pasa de la concentración de 7 por 1000.

Al microscopio, se ve que las hemacias en vez de hincharse, como sucede con el agua y con soluciones á menos del 7 por 1000, se aplastan, se arrugan, como si estuvieran sometidas á una fuerte presión, como es en efecto, pues todos estos fénomenos están ligados á las variaciones de la presión osmótica de los líquidos en contacto con los glóbulos.

En un organismo normal hay equilibrio entre la presión osmótica del plasma y la del glóbulo; pero si se inyecta agua en el sistema circulatorio, disminuyendo la concentración del plasma, disminuye igualmente su presión y el glóbulo se hincha y aumenta de volumen. Si por el contrario, inyecciones muy concentradas aumentan la presión del plasma, el glóbulo que reporta este aumento, se aplasta.

Después del cloruro de sodio, las sales que menos alteran las hemacias son: el sulfato de sosa, el fosfato de sosa y el sulfato de magnesia, y son las únicas que excepcionalmente pueden agregarse á la solución clorurada sódica al 7 por 1000.

AGUA DE MAR.—Muy recientemente QUINTOR y HALLION han propuesto substituir el suero artificial con inyecciones de agua de mar.

Al proponer esta substitución, QUINTON parte de esta hipótesis: que el medio interno de los organismos elevados es un medio marino, es decir, que el líquido orgánico en que se bañan nuestras celdillas, es agua de mar, y que ésta, por tal motivo, debe ser fisiológicamente superior al suero artificial.

Para comprobar su hipótesis ha hecho experiencias en perros, inyectándoles cantidades enormes de agua de mar, sin observar accidentes y notando que el funcionamiento renal, cualitativa y cuantitativamente, ha sido superior al que se obtiene con inyecciones de suero artificial.

HALLION ha llegado á las mismas conclusiones, más estas: que el agua de mar puede inyectarse á dosis más elevadas y con mayor rapidez que el suero que es infinitamente menos tóxico; que abate la temperatura en vez de elevarla y que disminuye menos la densidad de la orina, lo que, á su entender, denota un funcionamiento mejor del riñón.

Por otra parte, BOSC y VEDEL, experimentando con agua de mar, concluyen que este líquido presenta efectos de dos especies:

CLINICA QUIRURGICA.

(La Histerectomia.)

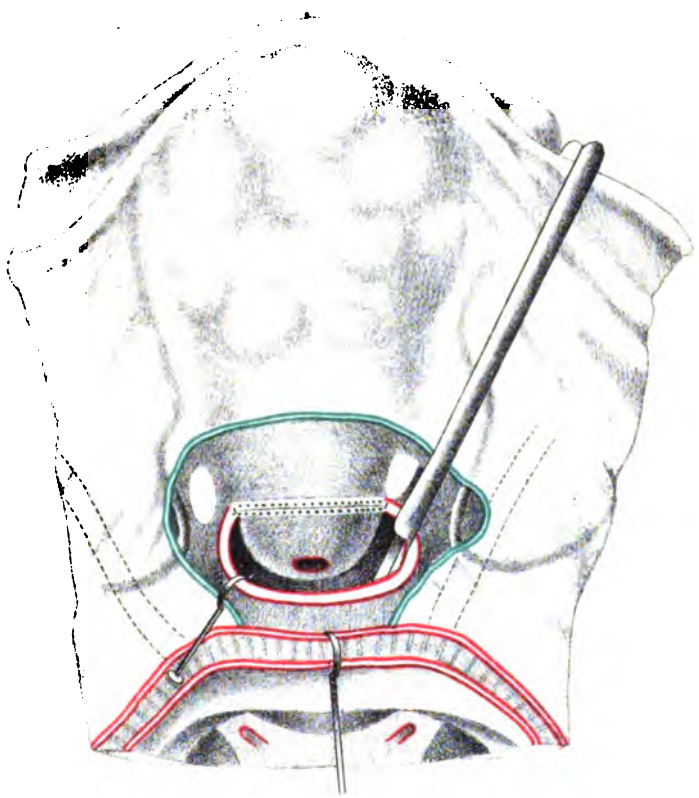


Fig. 95.—Histerectomía abdómino-vaginal. Método de Richelot. (Primer tiempo).

Lit del Timbre.

Dr. Suarez Gamboa

unos idénticos á los de una solución de cloruro de sodio al mismo título; otros tóxicos, debido á los cloruros de potasio y magnesio. La mezcla de estas sales explica los caracteres fisiológicos del agua de mar; el cloruro de sodio, excitando la diuresis atenúa los efectos de las sales de potasio y magnesio, y éstas, á su vez, hacen desaparecer las propiedades convulsivas de las soluciones fuertes de cloruro de sodio.

De los estudios de Bosc y Vedel resulta que debe preferirse la solución de cloruro de sodio al 7 por 1000, al agua de mar. Estos experimentadores inyectan el suero artificial á una temperatura de 40 grados; aun cuando están de acuerdo con Lepine, en no darle gran importancia á la temperatura, pues está demostrado que el organismo tolera perfectamente inyecciones intravenosas frías ó á un grado elevado de calor.

TECNICA Y VIAS DE INTRODUCCION.

El suero artificial puede introducirse en el organismo por cuatro vías: serosa, vascular, subcutánea é intestinal.

Via serosa.—Ponfick, observando que la sangre derramada en las serosas se reabsorbe con rapidez, imaginó la vía serosa. Casi todas las inyecciones intraserosas se han hecho en el peritoneo. Su empleo no se ha generalizado, y creo que son de rechazarse, exceptuando para los casos en que después de una laparotomia se cierra el vientre, dejando en su interior una cantidad más ó menos grande de suero caliente.

Via vascular.—Las inyecciones intravasculares fueron las primeras usadas. Se ha utilizado la vía arterial; pero en la actualidad está abandonada, siendo la venosa, que ofrece mayores ventajas y comodidades, la que se usa.

La inyección intra-venosa se hace en una de las venas superficiales del pliegue del codo, ó en la safena interna, al nivel del maleolo.

Puede practicarse de dos maneras: ó bien haciendo una simple punción con la aguja, que atraviese los tejidos hasta llegar á la vena ó bien, lo que es preferible, haciendo una incisión con todas las reglas de la asepsia, para descubrir el vaso. Una vez descubierto, se talla en la vena un colgajito en V ó en U, é introduciendo en la incisión el pico de la cánula, se procede á la inyección.

La cantidad de líquido que se debe inyectar en una sola vez, varía de uno á tres litros. La velocidad de la inyección será tal, que un litro de líquido pase en 10 ó 12 minutos.

Las inyecciones intravenosas tienen algunos inconvenientes y no están exentas de peligros; como inconveniente podemos señalar la relativa dificultad de su manual, y como peligro, la probabilidad, aun cuando remota, de provocar accidentes sépticos ó flebitis graves.

Deben aconsejarse estas inyecciones en los casos de gran urgencia, utilizando la rapidez de su acción.

VIA HIPODÉRMICA.—Las inyecciones sub-cutáneas de soluciones salinas, son las más frecuentemente empleadas, responden á todas las indicaciones, salvo los casos de suma urgencia, en los cuales, como hemos dicho anteriormente, se practican las inyecciones intravenosas.

El manual operatorio es sencillísimo. Se elige una región del cuerpo, rica en tejido celular, que se pueda distender fácilmente, como por ejemplo: la región axilar, el flanco, el abdomen, el muslo, la nalga. Se hace la asépsia habitual; se introduce la aguja, que por lo general es la fina, del aparato de SOTAIN, sea haciendo un pliegue en la piel, inyección superficial, sea hundiendo la aguja en el tejido muscular, inyección profunda; en este último caso se escogerá para hacer la inyección, el muslo ó la nalga.

APARATO PARA CONSERVAR É INYECTAR SUERO ARTIFICIAL ASÉPTICO, DEL DR. F. ALTAMIRANO.—La preparación se podrá hacer de la manera siguiente: indica ésta, por parecerle la más sencilla y fácil de ejecutarse por la generalidad de los farmacéuticos.

Se calienta fuertemente la sal para carbonizar la materia orgánica, y se la purifica por cristalizaciones repetidas, que la privan de las sales extrañas y del carbón salitroso. Durante estas operaciones, se procura que los cristales se formen muy pequeños, que la sal quede casi en polvo, y se la guarda en un frasco *aseptisado*.

En cuanto al agua destilada, se hierve durante dos horas en una vasija de hierro esmaltado, con llave en la parte inferior y tapa soldada ó bien avenida, y desbordando un poco la boca de la vasija. En el centro lleva la cubierta un tubo de 1 centímetro de diámetro, que se tapa con algodón cuando termina la ebullición.

Para hacer la solución de la sal se introduce la cantidad de 7 gramos en un matraz que se ha flameado, y en seguida 1 litro de

agua hervida, haciéndola caer dentro del matraz por medio de la llave que tiene en la parte inferior la vasija donde hirvió el agua, y en la que se ha conservado. Hecho esto, se tapa el matraz con algodón y se hierve la solución una media hora, cuidando reponer el agua perdida con la que se tiene en la vasija de metal.

Esta solución tiene así las mayores probabilidades de quedar aséptica. Se la conserva en el mismo matraz, tapándolo de manera que se evite la evaporación y que caigan polvos al tapón de algodón.

Esta preparación se tendrá prevenida y estará en condiciones de ser inyectada prontamente por el médico, aunque no con todas las garantías de una asepsia perfecta.

Para esto, es preciso tener la solución envasada en el mismo aparato que servirá para inyectarla.

Este aparato lo ha arreglado, inspirándose en lo que vió durante la exposición del Congreso de Higiene de Madrid, especialmente en un aparato análogo del Dr. Cea, que le pareció excelente y que ha sido muy bien aceptado en el cuerpo médico.

Siente sobremanera que la manufactura de su aparato no sea tan perfecta como la de los que vió; pero esto se corregirá con el tiempo; y entretanto nos puede ser muy útil tal como lo tiene.

Consta este aparato, de una ampolla de vidrio que llama el autor *frasco-pipeta*, porque sirve de frasco y de pipeta, como indicará en otra ocasión; de un tubo de cauchu de 2 metros de largo, conectado por un extremo al receptáculo y llevando en el otro una aguja de inyecciones subcutáneas. Todo esto se encuentra encerrado en una caja de cartón que evita las roturas de las extremidades de la pipeta.

La manera de hacer funcionar á este aparato se comprende fácilmente examinando el dibujo que acompaña á cada caja.

Cada frasco-pipeta encierra próximamente 300 c. cúb. de suero aséptico. Cuando se haga la inyección, se deberá colgar el receptáculo á 1½ metros de altura respecto del enfermo, y se deja escurrir libremente la solución, que penetra por su propio peso. El tiempo que tarda en salir al aire libre toda la cantidad, es de 15 minutos. He visto que salen 100 c. cúb. cada 5 minutos. Pero cuando se hace la inyección cutánea, el tiempo es variable, generalmente de ½ hora.

Se puede inyectar á la temperatura ordinaria, que es próximamente de 18 á 20°, pero también se podrá calentar si se quiere inyectarla á 30°.

Para esto se calienta la ampolla sobre una lámpara hasta el

momento en que se desprenda un fragmento de parafina que se adhiera al frasco en el lado opuesto al del calentamiento. La temperatura del líquido es entonces de 45 á 50°, y al salir por la aguja de inyección tiene 30°, que se conservan hasta el fin de la salida del líquido.

Este aparato, ya cargado de suero aséptico, se encontrará de venta en la casa del Sr. Dr. Armendáriz, calle de las Ratas núm. 2, y también lo podrá mandar construir el que quisiere. Para esto no tendrá más que comprar sus frascos–pipetas en la vidriería del Sr. Avalos, calle de San Pablo núm. 0, quien después de muchos ensayos, á los que se prestó de buena voluntad por mi indicación, ha llegado á construir el modelo que presento. Como ya dije, está aún imperfecto, y sobre todo, la capacidad es muy variable, pero todo esto lo corregirá haciéndolos en molde. Los otros componentes del aparato se pueden adquirir en el comercio.

SANGRIA TRANSFUSION.—La sangría transfusión, preconizada y empleada con éxito por Bosc, no es otra cosa que una inyección salina precedida de una sangría ó acompañada de ella.

Se puede practicar la inyección en la vena que se ha sangrado ó se puede hacer la sangría é inyectar el suero en el tejido celular.

BARRÉ ha inventado un complicado aparato que le permite no introducir mayor cantidad de suero que la que saca de sangre y que tiene la ventaja de no disminuir la presión arterial, como sucede después de las sangrías ordinarias. Aprovechando esta última ventaja, BARRÉ ha podido hacer una fuerte sangría de un litro; llama á esto desintoxicación de la sangre.

Creemos innecesario el aparato de BARRÉ, pues todas las ventajas que él señala, se pueden obtener sangrando y practicando una inyección subcutánea para levantar la presión arterial.

INSTRUMENTOS.—Los instrumentos inyectores pueden clasificarse en tres grupos: 1º las jeringas, 2º los aparatos de bomba y 3º los aparatos en que el escurrimiento del líquido se hace por su propio peso, ayudado ó no por un mecanismo de sifón.

Todas las jeringas pueden utilizarse para estas inyecciones, con tal que estén esterilizadas y su capacidad no sea muy reducida. La jeringa de ROUX, de 50 c. c. de capacidad, me parece muy apropiada.

CLINICA QUIRURGICA.

(La Histerectomia.)

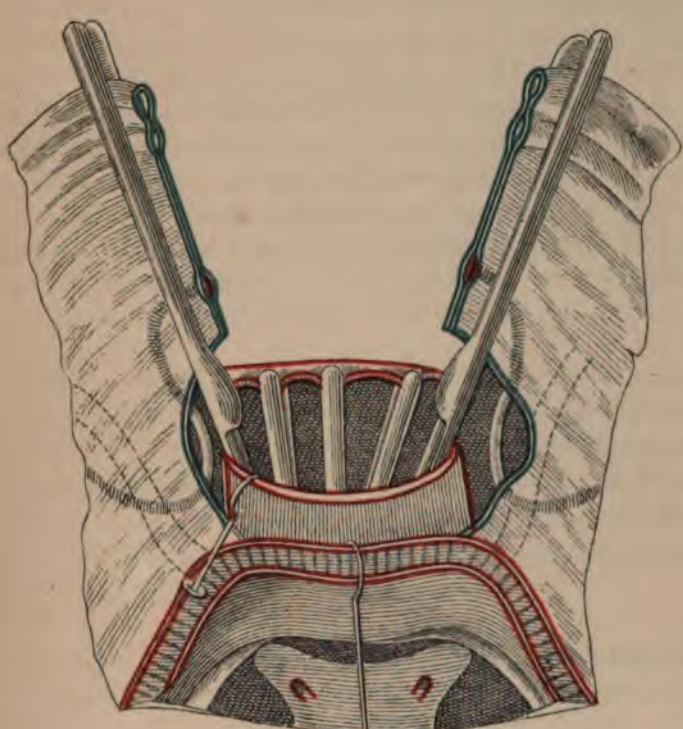
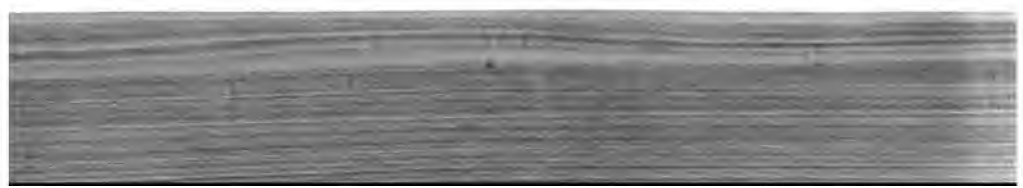


Fig. 96.—Histerectomía abdómino-vaginal. Metodo de Richelot. (Segundo tiempo).

Lit. del Timbre.

Dr. Suarez Gamboa



En cuanto á los aparatos de bomba y de escurrimiento, pueden utilizarse un gran número, siendo siempre el mejor, el más sencillo.

VIA INTESTINAL.—Mucho tiempo ha que se emplea el agua salada en lavativas, pero hasta 1897 se pensó usarlas como succedáneas de las inyecciones salinas.

VILLANOVA, que obtuvo algunos éxitos en el tratamiento de accesos palúdicos perniciosos y de la dotienenteria, trató este punto en su tesis inaugural. Después de él ha sido bastante estudiado, demostrándose que la absorción del agua salada por la vía rectal, es bastante rápida é intensa para permitir aprovechar esta vía, aun en casos de alguna gravedad.

Las lavativas rectales de suero artificial, serán todo utilizables en aquellos casos en que se está desprovisto de útiles de inyección. Dan también muy buenos resultados en diversas afecciones, sobre todo intestinales, de los niños.

Una vez satisfechas con absoluta precisión y energía las tres indicaciones cardinales que hemos estudiado y que, como se recordará bien, son: la vigilancia del estado general del enfermo, la diminución rigurosa del foco de infección y la extracción fuera del organismo de las toxinas que lo saturan, habremos colocado á nuestro enfermo en las condiciones fundamentales para su tratamiento y curación.

Pero hay otros elementos terapéuticos complementarios del plan general que hemos trazado, y es el estudio de estos recursos secundarios, el que vamos ahora á intentar.

REFRIGERACION LOCAL.

Comenzaremos el estudio de los recursos complementarios del tratamiento de las septicemias peritoneales, por el del frío, en aplicaciones circunscritas. Este medio es de una potencia innegable.

El empleo del hielo como antiflogístico es muy antiguo; pero su aplicación al tratamiento de la peritonitis parece ser de época reciente. La primera observación relativa á la peritonitis, tratada por la aplicación del frío en el abdomen, apareció en el año de 1828, subscrita por un autor oculto bajo un pseudónimo; y

sea la ignorancia de los médicos de aquella época respecto á la enérgica acción del frío, sea su timidez en el manejo de un recurso cuyo empleo era aún poco conocido, el hecho fué que el método nuevamente descrito, no hizo fortuna y fué abandonado.

Parece ser que fué BÉHIER el que primero reglamentó y le dió publicidad al método de la irrigación fría contínua, en el tratamiento de las afecciones inflamatorias del abdomen. BÉHIER, se servía del agua fría para practicar sus irrigaciones. El Dr. BRIAUT, discípulo de BÉHIER, describe la técnica de éste, de la manera siguiente:

"Un recipiente cualquiera, lleno de agua fría, se suspende de las barras que sostienen el cielo de la cama. Un tubo en forma de sifón se coloca en este recipiente, y se trae su extremidad inferior hasta un poco arriba del vientre de la enferma. En la extremidad ésta, la inferior del tubo, se coloca un lienzo plegado en varios dobleces, á fin de que el agua fría al pasar por él, pierda su forma de chorro y caiga bajo la de gotas. Estas gotas de agua fría caen sobre el abdomen de la enferma, que se halla cubierto por una pequeña capa de hilas que contribuye á sostener el abatimiento de la temperatura del abdomen, aumentando la superficie de la evaporación del líquido. Los bordes de esta capa de hilas reposan sobre dos lienzos impermeables que conducen el agua hasta unas vasijas colocadas lateralmente abajo de la cama."

Como se puede suponer, este modo de aplicación del frío es muy defectuoso: no solamente el abatimiento de la temperatura es insignificante, sino que, el agua escurriendo por los flancos del enfermo, no tarda en humedecer y en empapar las ropas de la cama, constituyendo así un inconveniente grave para su aplicación. Además, los enfermos de peritonitis, por lo menos durante los primeros períodos, están en tal estado de inquietud, que no tolerarían la inmovilidad rigurosa que el aparato de BÉHIER exige.

Estos inconvenientes, por otra parte, no escaparon á la observación del autor del método, como puede verse en las palabras siguientes:

"Para obviar estos inconvenientes, dice BÉHIER, he reemplazado la irrigación por la aplicación continua del frío húmedo. Un lienzo mojado y plegado en tres ó cuatro dobleces, se aplica sobre el vientre. Se colocan sobre este lienzo dos vejigas de caucho ó dos vejigas de puerco, á medio llenar de pequeños fragmentos de hielo. Desde que el hielo se funde, debe renovarse . . . . "

El agua fría, es pues, insuficiente para su objeto, y hay necesidad de recurrir al empleo directo del hielo. . . . ¿Cómo hacer la aplicación de él?

En vejigas naturales de puerco, de carnero ó de ternera, en sacos de caucho ó, en último extremo, en fragmentos de intestino de buey, distendidos por insuflación y secados al aire.

Los sacos de caucho tienen la ventaja de su inalterabilidad; pero parecen ser poco preferidos por los enfermos, tal vez porque son menos conductores del calor que las vejigas naturales.

Las vejigas de puerco ó de cualquier otro animal de tamaño mediano, son las más solicitadas y los enfermos encuentran mayor comodidad en el empleo de ellas. Tienen la desventaja de su facilidad para sufrir la putrefacción y para exhalar un olor repugnante, irresistible para el enfermo y para sus asistentes.

Habría grandes ventajas en tener á mano algún procedimiento rápido que impidiera la producción de semejante olor ó que facilitara su desaparición, una vez producido. Todas las tentativas hechas con este fin han fracasado, y no queda más recurso que renovar frecuentemente las vejigas que se utilizan para contener el hielo.

La duración de cada vejiga puede calcularse en unas ocho ó diez horas: pasado este tiempo comienzan á descomponerse.

Véamos ahora la manera de sostener sobre el abdomen la vejiga llena de hielo.

Multitud de aparatos y de vendajes se han ideado para sostener sobre el vientre el foco del abatimiento de la temperatura; pero todos, más ó menos, son defectuosos, y algunos hasta inaplicables.

Parecería *á priori* sencilla la cuestión, recomendando al enfermo la posición dorsal y la quietud, mientras se deposita sobre su vientre la vejiga con el hielo, que se sostendría bien por la amplitud de la región abdominal. Pero esto en la práctica es casi irrealizable: un enfermo atacado de peritonitis no tolera sobre su vientre ni aun el peso de las sábanas, y el menor toque en esa región le arranca gritos de dolor. Es muy difícil, que en tal situación se acepten los sufrimientos que el peso de la vejiga con hielo sobre el abdomen ocasionaría.

Es preferible, suspender la vejiga por medio de un cordón, del cielo de la cama: de este modo se puede calcular el contacto del abdomen con el foco de frío intenso, sin hacer presión sobre la serosa inflamada.

Para hacer más intenso el frío producido por el hielo, se aconseja mezclarlo con su peso de cloruro de sodio.

En cuanto se funde el hielo, debe inmediatamente substituirse la vejiga llena de agua, con otra llena de hielo y sal.

Una de las condiciones esenciales para el buen éxito del tratamiento por el hielo, es la constancia en la aplicación de él: el menor intervalo de suspensión del frío, agrava los accidentes.

Esto es fácil de comprender: cuando se pone algún punto de los tegumentos en contacto con una fuente intensa de frío, se produce inmediatamente una contracción de todos los vasos sanguíneos, en el punto de aplicación del frío y en sus alrededores. Por consecuencia, la sangre de la piel y del tejido celular se dirige hacia los órganos profundos, y los tejidos superficiales isquemiados, disminuyen la actividad de sus funciones y de los cambios nutritivos que en su espesor se verifican, y se abate el grado de su temperatura funcional, á la vez que su energía vital disminuye.

Pero que el frío cese de actuar, é inmediatamente se observarán los fenómenos de la reacción. Los vasos hasta este momento contraídos, se relajan y paralizan, dando paso á una cantidad de sangre mucho mayor que la normal, la que en virtud de la poca resistencia de los capilares paralizados de esa región, no circula como es usual, y se detiene produciendo una congestión con estasis paralítica. Por consecuencia, las oxidaciones y los cambios locales suben de intensidad, la actividad funcional de los elementos anatómicos se levanta, y la temperatura de esa zona se eleva á la vez que la actividad vital se redobla.

Estos fenómenos, efectos del frío y del calor, se hacen sentir de un modo poderoso en la región del peritoneo, produciéndose en la serosa inflamada fluxiones y reflujos circulatorios, según la disminución ó el aumento del frío que obra sobre las paredes del vientre y que no pueden tener más que desastrosa influencia en la marcha del proceso inflamatorio del peritoneo.

Hay necesidad, pues, de que la aplicación del frío sea enteramente constante.

¿Cómo obra el frío sobre la peritonitis? ¿Cuál es el mecanismo de su acción antiflogística?

Véamos desde luego cuál es la acción del frío sobre la sangre y la linfa.

CLINICA QUIRURGICA.

(La Histerectomia.)

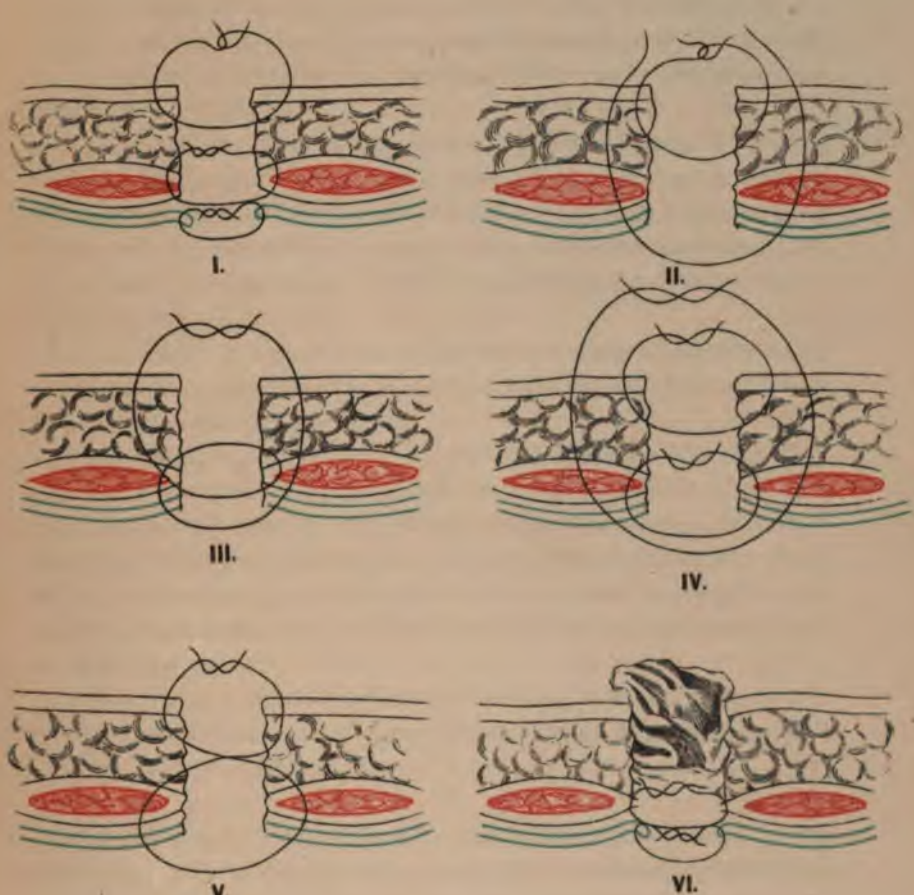
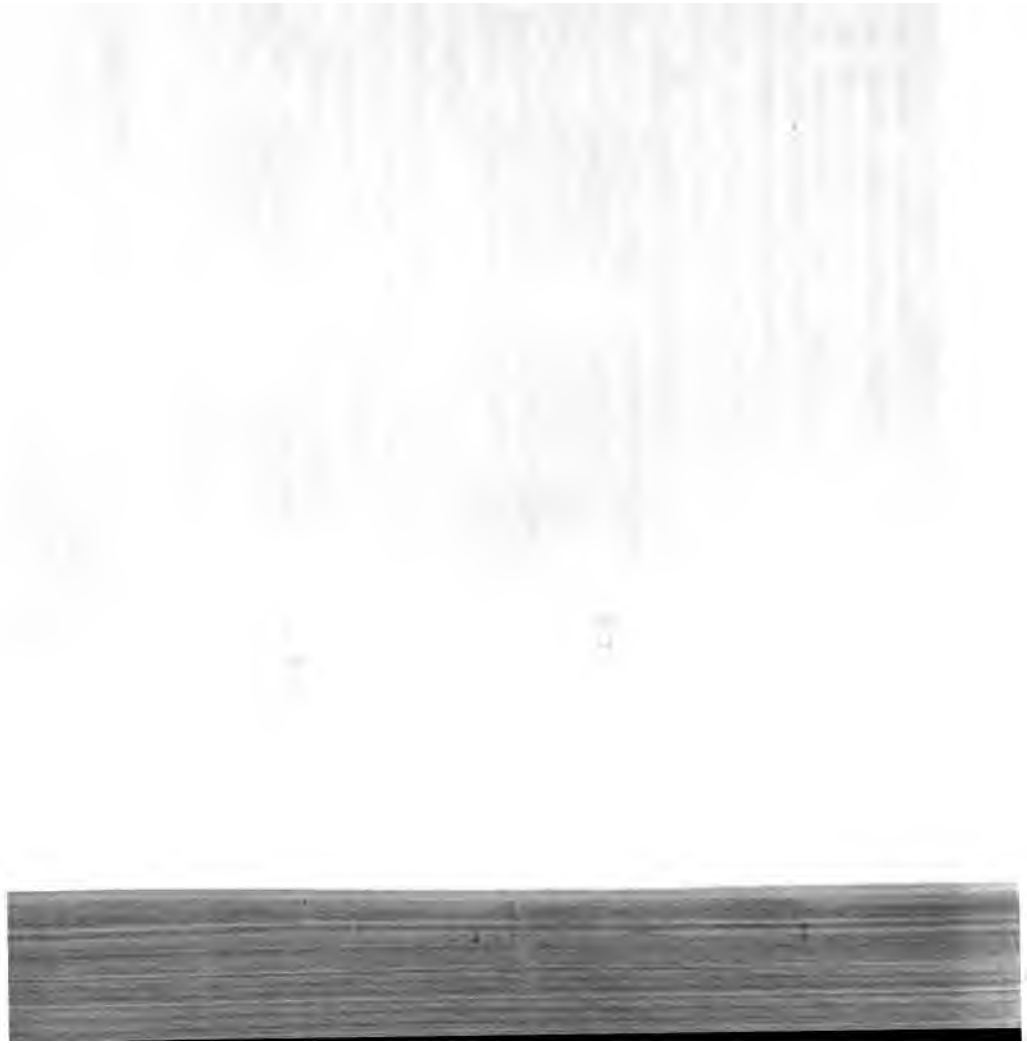


Fig. 97.—I. Sutura abdominal, por planos.
II. Sutura abdominal, en masa.
III. Sutura mixta, de Amann, (Junior).
IV. Sutura mixta, de Wylie.
V. Sutura en ocho, de Schoefer y Kehrer.
VI. Sutura, de Prior y Oneirel.

Nota.—El peritoneo está representado con color verde. el músculo, rojo, y la piel y aponeurosis, negro.

Lit. del Timbre.

Dr. Suarez Gamboa



"La influencia del calor sobre la actividad de las celdillas, dice RANVIER, explica cómo se pueden prevenir las acumulaciones de leucócitos en ciertos puntos de la economía, abatiendo la temperatura de estos puntos. Abajo de 20°, los leucócitos no dan ya prolongamientos amiboides, no cambian de forma, no se aplican á las paredes de los vasos, y no es sino en una temperatura superior á 35° ó 36° donde sus movimientos son bastante enérgicos para permitirles pasar al través de los vasos y recorrer, emigrando, los tejidos."

En efecto, si se coloca una gota de sangre de rana en la platina de un microscopio, y se calienta esta platina, se ven los movimientos amiboides hacerse muy rápidos y en gran número; pero si, al contrario, se enfría la preparación, estos movimientos amiboides disminuyen, se hacen más y más lentos, y por fin llegan á desaparecer.

Estas experiencias, cuando se hacen con sangre procedente de animales de sangre caliente, aun cuando son análogas, se hacen mucho más difícil de percibir.

Estos datos nos permiten comprender cómo la aplicación del frío tiene un efecto saludable sobre la inflamación y la supuración. No solamente la circulación activa desaparece, sino que los elementos generadores de la supuración se paralizan: abajo de una temperatura de 20° á 30°, la virulencia de los gérmenes piógenos se atenúa, y la emigración de los leucócitos, hemos visto que disminuye.

Toda vez que se pueda abatir varios grados la temperatura de un tejido inflamado, se pondrá en mejores condiciones para escapar á la supuración.

¿Este efecto del frío, es sensible hasta las capas profundas del abdomen? ¿No se limita únicamente hasta cierta profundidad, pasada la cual, no solamente no tiene acción benéfica, sino por el contrario, puede producir fenómenos congestivos que favorezcan la inflamación?

Procuremos estudiar este punto con atención.

Desde luego, para juzgar en conjunto la cuestión, véamos la experiencia siguiente de LOUIS DEBRAND, que es instructiva en todos sentidos

"El 6 de Octubre, á las dos de la tarde, escribe DEBRAND, extendimos un conejo sobre una mesa; cortamos todo el pelo del vientre, y en el flanco izquierdo practicamos un incisión oblícua,

como de 4 centímetros, paralela al arco crural. Llegando al peritoneo, le asimos con una pinza de garras, y después de haberle practicado una pequeña abertura, introdujimos la sonda acanalada, sobre la que deslizamos un bisturí para seccionar el resto de la serosa.

"Hecho esto, tomamos dos termómetros, uno de los cuales era de máxima, y los que habíamos comparado previamente introduciéndolos en agua tibia. Los dos habían marcado 38°

"El termómetro ordinario presenta en la parte superior de la cubeta, una ranura al rededor de la que enrollamos un alambre de hierro bastante resistente, de una longitud aproximada de 7 centímetros, y graduado de centímetro en centímetro. El alambre de hierro y el tallo del termómetro forman un ángulo casi recto. Todo el sistema presenta, aproximadamente, la figura de un compás abierto, del que una rama sería más corta que la otra. Por medio de este pequeño aparato, se puede leer de un golpe de vista, la temperatura y la distancia que separa la cubeta del mercurio, de la pared abdominal.

"Insistimos sobre estos detalles, porque son necesarios para comprender bien la experiencia.

"Por la incisión abdominal introdujimos el termómetro así preparado. El alambre sale por uno de los ángulos de la herida, el termómetro sale por el otro ángulo. Los labios de la herida se suturan exactamente. En este momento la temperatura es de 37°3; y el termómetro se halla á una profundidad de 6 centímetros: es el máximum de la capacidad abdominal de un conejo grande.

"El alambre no marca sino 5 centímetros; pero en razón de la inclinación del termómetro, hay que agregar 1 centímetro á la cifra acusada por el alambre.

"El termómetro de máxima, introducido en el recto, marca igualmente 37°3. Esta cifra representa, pues, la temperatura de las partes profundas del abdomen en este momento. Trayendo el termómetro intra-peritoneal, á un centímetro distante del abdomen, encontramos 37°

"He aquí la segunda parte de la experiencia:

"Sobre el flanco izquierdo del conejo colocamos una vejiga llena de hielo. La parte de los tegumentos, en contacto con esta vejiga, es ancha, como una pieza de 5 francos. Un pedazo de lienzo se coloca entre la vejiga y el termómetro, para impedir que la radiación del frío venga á influir en los resultados de la experiencia.

"Se recordará que la temperatura abdominal y la rectal, eran antes de la aplicación del hielo, de 37°3."

El cuadro siguiente consigna las cifras obtenidas por DEBRAND.

Temperatura abdominal 37°	Temperatura rectal 37°3	HORAS 2 h. 30′	PROFUNDIDAD 0.01 cent.
36°8	37°3	2 h. 35′	0.01 cent.
36°5	37°2	2 h. 40′	0.01 „
36°	37°2	2 h. 45′	0.01 „
35°4	37°2	2 h. 50′	0.01 „
36°	37°2	2 h. 55′	0.03 „
35°8	37°1	3 h.	0.03 „
35°2	37°	3 h. 05′	0.03 „
35°	36°8	1 h. 10′	0.03 „
35°8	36°8	3 h. 15′	0.06 „
35°6	36°6	3 h. 20′	0.06 „
35°2	36°4	3 h. 25′	0.06 „
35°	36°	3 h. 30′	0.06 „

Los resultados que DEBRAND ha obtenido en sus experiencias, lo impelen á formular esta ley:

"La temperatura de un órgano sometido á la influencia del hielo, está proporcionada á la duración de la aplicación de éste y á la distancia que le separa del foco productor del frío.

Hace también la deducción siguiente: para que las partes profundas sufran la acción del hielo, se necesita que éste dure aplicado bastante tiempo. Además, lo que es fácil de prever, las partes superficiales se enfrían muy rápidamente.

Pero el hecho capital que resulta de las experiencias anteriores, es que toda la extensión del abdomen está sometida á la acción refrigerante del hielo. Por consecuencia, la acción antiflogística de éste es general.

La importancia que tiene el esclarecimiento de la acción del frío, sobre los órganos profundos del abdomen, nos impele á consultar aún otros escritos.

HAGSPILL, en una tesis titulada "*De frigoris efficacitate physiologia*" (Leipsick, 1857) fundándose en el resultado de cuatro experiencias practicadas en conejos, dice: que después de la aplicación de una vejiga de hielo sobre el abdomen, la temperatura

de la cavidad abdominal, lo mismo que la del recto, se abate de un modo notable.

Para practicar sus experiencias, el autor, después de haber atado los conejos, les introducía un termómetro en el recto y otro en la cavidad abdominal, por medio de una incisión practicada en la línea blanca; entonces aplicaba una vejiga con hielo, sobre la piel del hipocondrio izquierdo previamente rasurada. Tres de sus ensayos son infructuosos; pero en el cuarto, la temperatura de la cavidad abdominal, después de una hora de aplicación del hielo, cayó de 37° á 35°22, sea un grado 75 cent., mientras que en el recto no se notaba sino una diferencia de 0°40. Cuando se retiró el hielo, la temperatura volvió á su estado normal, en un plazo de una hora y veinte minutos, tanto en la cavidad abdominal, como en el recto.

Binz, en sus "*Observaciones de Clínica Interna,*" 1863, no pudo confirmar estos resultados.

Experimentó sobre perros, y notó que después de tres horas de aplicación de una gran vejiga de hielo sobre el abdomen, no podía percibirse ningún abatimiento en la temperatura de la cavidad abdominal. No fué sino en la cara interna de la hoja parietal del peritoneo, donde la temperatura se abatió de una manera notable: en un caso, cayó, en el espacio de treinta minutos, de 38°5 á 19°3.

Los resultados de las experiencias de Hagspihl y de Binz, son, como hemos visto, diametralmente opuestos. Más indecisión arroja en nuestro espíritu el resultado de las investigaciones experimentales de Ackermann.

Ackermann encontró, que introduciendo un termómetro de Haidenhain por la vena yugular de un perro, hasta la vena cava, á un centímetro aproximadamente arriba de la vena renal, y haciendo luego una aplicación de hielo sobre el tegumento externo del animal, la temperatura de la sangre de la vena cava se abatía inmediatamente, y aunque presentaba alternativas interesantes, no volvía á su cifra primitiva sino cuando se retiraba el hielo

Las observaciones recientes de Winternitz, de Riegel y de Rosenbürger, contribuyen también en apoyo de los resultados obtenidos por Ackermann.

Cuando se enfría fuertemente el brazo de un hombre, dice Winternitz, la temperatura se eleva en la axila, mientras que se abate sensiblemente en la palma de la mano. Lo mismo, cuando se pone un pie en la nieve ó entre hielo, la temperatura de la pierna se eleva. Este fenómeno lo explica por una hiperemia

CLINICA QUIRURGICA.

(La Histerectomia.)

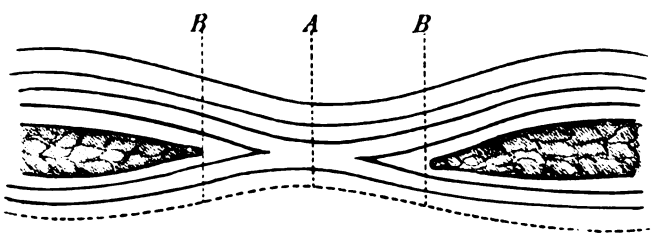


Fig. 98.—*A.* **Incisión sobre la línea media,** no descubre los músculos rectos y encuentra una hoja aponeurótica.

B. B.—**Incisiones laterales,** que sí descubren los rectos y encuentran dos hojas aponeuróticas.

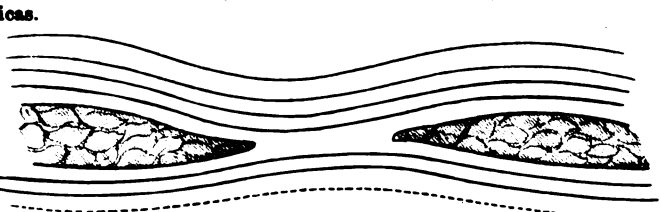


Fig. 99.—**Peculiaridad anatómica, frecuente en México.** No hay línea blanca, propiamente dicha.

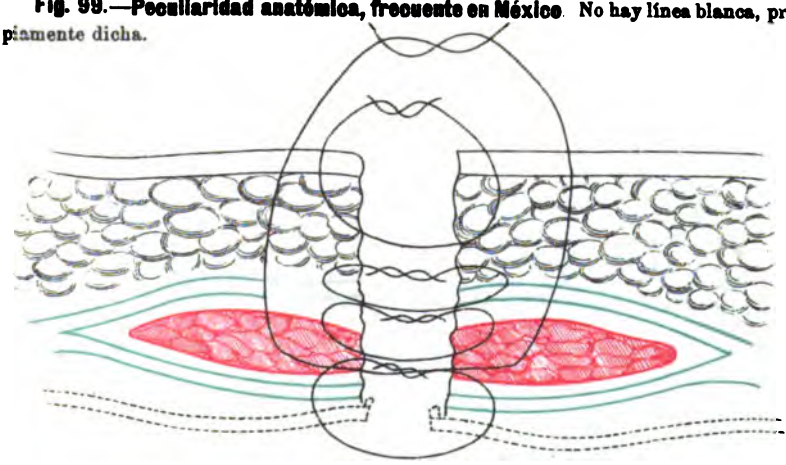


Fig. 100.—**Sutura mixta,** empleada más frecuentemente en mis laparotomías. Dr. Suárez Gamboa.

colateral: cada contracción vascular obraría como un obstáculo que rechazaría la sangre hacia atrás. El examen esfigmográfico ha mostrado que esta elevación en la tensión vascular de las arterias aferentes, existía en realidad.

WINTERNITZ ha demostrado igualmente, que la temperatura bajaba en el recto, á la vez que en la axila, cuando en el dorso de un hombre desnudo, cuya temperatura ha permanecido constante durante largo tiempo, se aplica hacia arriba de la columna vertebral una mezcla de nieve y cloruro de sodio, contenida en una bolsa de caucho. Notó que veinte minutos después la temperatura rectal había disminuído 0°1, una hora más tarde 0.55. Durante este tiempo disminuyó en la axila 0.2.

RIEGEL coloca sobre el abdomen una vejiga con hielo, y nota que la temperatura se abate de 0°2 á 0°27, y la rectal de 0°1 á 0°5.

ROSENBÜRGER demuestra, á su vez, que el aumento de la intensidad del frío, abatía la temperatura lo mismo en el estado de fiebre que en el estado normal. El mismo efecto se produce cuando se aumenta la superficie enfriada. En los primeros momentos, durante los que el frío ejerce su acción, el abatimiento de la temperatura es un poco más lento que después, cuando ha transcurrido ya algún tiempo de actuar el frío: lo mismo es la vuelta al estado normal, al principio se hace lentamente, después con rapidez.

Estos estudios de WINTERNITZ, de BINZ, de HAGSPIHL, de RIEGEL y de ROSENBNRGER, en verdad, no producen grandes efectos prácticos, para demostrarnos la acción del frío sobre los órganos profundos del vientre.

Para decidir la cuestión, el Dr. SCHULZE ha hecho la experiencia siguiente:

Elegía perros de gran talla, los dormía por medio de inyecciones de morfina, y los amarraba á una mesa, bien cubiertos con capas de algodón. Estas experiencias se realizaban durante el rigoroso invierno de 1873, en París.

Después de hacer una pequeña incisión en el abdomen, introducía en la cavidad peritoneal un termómetro de HAIDENHAIN, suturaba lo más cuidadosamente posible los labios de la herida, de modo que el termómetro quedara bien sujeto: por medio de un emplasto aglutinativo fuerte, fijaba bien el termómetro á los contornos de piel que le rodeaban, quedando fijo el instrumento de tal modo, que la cubeta del mercurio podía seguir todos los movimientos de los órganos abdominales, sin cambiar de posición.

Como procuraba estudiar, sobre todo bajo el punto de vista práctico, proporcionaba SCHULZE las cantidades de hielo y la extensión del punto de aplicación sobre el animal; en general, la cantidad de hielo era igual al $\frac{1}{50}$ del peso del animal, y la superficie enfriada, al cuarto de la pared anterior del abdomen. Cuando terminaba una experiencia, mataba el perro por medio del cloroformo; la abertura del abdomen le hacía entonces conocer á qué distancia se hallaba la cubeta del termómetro, del punto influenciado por el hielo.

He aquí una de estas experiencias:

Perro de 6½ kilos. Peso del hielo: 130 gramos. Termómetro en el abdomen á 15 centímetros de profundidad, reposando la cubeta sobre la columna vertebral.

Notó las cifras siguientes:

HORAS	TEMPERATURA	HORAS	TEMPERATURA
2 h. 55′	34°98	3 h. 07′	34°95
2 h. 57′	34°97	3 h. 09′	34°96
2 h. 59′	34°97	3 h. 10′	34°96
3 h. 02′	34°96		
SE APLICA EL HIELO			
HORAS	TEMPERATURA	HORAS	TEMPERATURA
3 h. 11′	34°96	3 h. 30′	34°72
3 h. 12′	34°96	3 h. 35′	34°63
3 h. 13′	34°96	3 h. 40′	34°56
3 h. 14′	34°95	3 h. 45′	34°52
3 h. 16′	34°94	3 h. 50′	34°39
3 h. 17′	34°93	3 h. 56′	34°37
3 h. 18′	34°91	4 h.	34°30
3 h. 19′	34°89	4 h. 2′	34°28
3 h. 20′	34°84	4 h. 5′	34°23
3 h. 21′	34°75	4 h. 6′	34°25
3 h. 26′	34°77	4 h. 7′	34°26
3 h. 28′	34°72	4 h. 10′	34°27
SE QUITA EL HIELO.			
A las 4 h. 55′ la temperatura había subido á 34°93			

En algunas experiencias que he hecho, pude notar un abatimiento de la temperatura, mucho más considerable que el que indica el Dr. SCHULZE

Mi autoridad no es suficiente para combatir los resultados obtenidos por el Dr. SCHULZE; pero sin embargo, permítaseme anotar el resultado de alguna de mis experiencias personales:

Conejo de 3 libras de peso. Peso del hielo 60 gramos. El termómetro está hundido en el vientre, tres centímetros al nivel de la fosa iliaca izquierda. El hielo aplicado en el epigastrio está encerrado en un pequeño saco construído con intestino seco de buey. Un termómetro introducido tres centímetros en el recto. Hora de principio de la experiencia: las 3 p. m. Temperatura rectal, 38°4.—Temperatura peritoneal, 37°5.

HORAS	Temperatura rectal	Temperatura peritoneal
3 h. 15′	38°	37°4
3 h. 30′	37°8	37°2
3 h. 45′	37°5	37°
4 h.	37°1	36°8
4 h. 30′	36°7	36°
5 h.	35°4	35°
RETIRADO EL HIELO Y CERRADO EL VIENTRE		
HORAS	Temperatura rectal	Temperatura peritoneal.
5 h. 45′	35°	
6 h. 35′	35°2	
7 h.	35°4	
8 h.	36°3	
9 h. 30′	37°5	

Como se ve, los resultados obtenidos por mí, en el conejo, son de brillante demostración para reconocer el efecto activo del hielo sobre la temperatura profunda del abdomen.

Las pulverizaciones prolongadas de cloruro de etilo en el abdomen del conejo, bajan la temperatura rectal uno ó dos grados, en unos cuantos minutos.

Todas estas experiencias se han relacionado solamente con

los animales, y los resultados de ellas se han aplicado al hombre, por analogía.

La primera experimentación hecha sobre el hombre, pertenece á VIRGINIA SCHLIKOFF. Le dejo la palabra:

"La experiencia siguiente se ha hecho en una mujer de 39 años, en la cual se había formado una fístula intestinal como consecuencia de la gangrena de una hernia inguinal. Según la longitud del tallo del termómetro, introducido por la fístula y el ángulo formado por él y el plano de la pared abdominal, calculaba á qué distancia se encontraba la cubeta de la superficie enfriada. Había aproximadamente cuatro centímetros. Hé aquí los resultados adquiridos.

TIEMPO	Temperatura del intestino	Temperatura axilar
0′	37°25	36°73
SE PONE EL HIELO EN EL ABDOMEN		
TIEMPO	Temeratura del intestino	Temperatura axilar
5′	37°80	36°71
10′	37°45	36°63
15′	36°82	36°60
20′	36°21	36°62
25′	35°64	36°52
30′	36°52	36°52

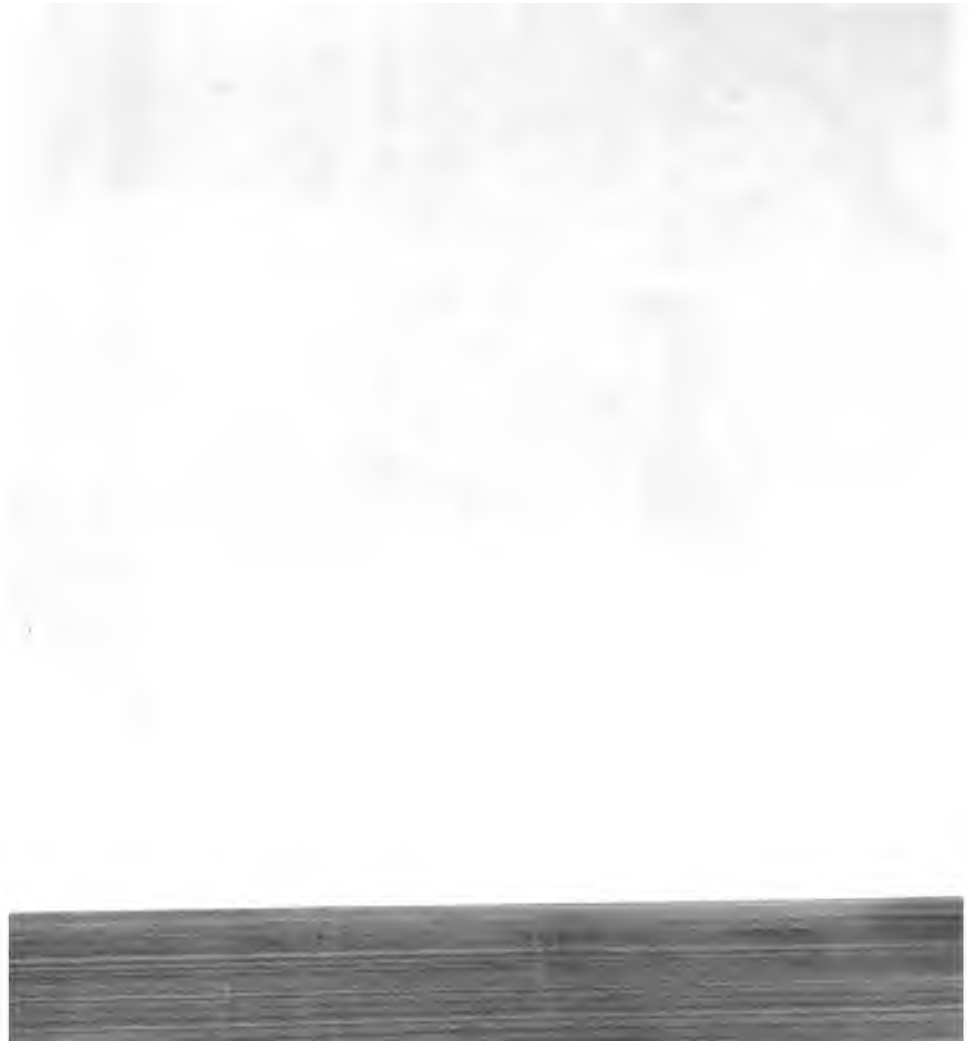
El ascenso súbito que hubo al fin de la experiencia, fué ocasionado por una abundante evacuación que vino por la fístula."

Por todo lo expuesto anteriormente, se ve que la aplicación del frío sobre el abdomen es de un efecto real en las regiones profundas, y que su indicación en las inflamaciones peritoneales, como antiflogístico poderoso, está perfectamente legalizada.

El tratamiento por el hielo inspira á las enfermas grandes temores, y se muestran por lo regular rebeldes á sufrirlo: hay necesidad de mostrarse severo para hacer que las mujeres acepten

Fig. 101.—**Síncope.** Primer tiempo de la respiración artificial.

LIT. DEL TIMBRE.



este medio. Ciertamente que esta severidad dura poco, pues no bien los enfermos han experimentado la sensación de mejoría que el hielo procura, ellos solos solicitan casi con urgencia el sostenimiento del hielo en su abdomen.

Poco tiempo después de principiado el tratamiento por el hielo, la piel se pone roja, muy fría y poco sensible. Es prudente vigilar mucho el estado de la piel, sobre todo cuando la vejiga se pone en contacto directo con ella. Se temerá la proximidad de la gangrena, cuando se vean las partes de la piel, en contacto con el hielo, tomar un color azulado: en estas circunstancias se cambiará inmediatamente el punto de aplicación de la vejiga. Esta gangrena consecutiva á la aplicación del hielo, es enteramente superficial y no presenta ningún peligro.

El agua que escurre de la vejiga, humedece las ropas del enfermo y le predispone al desarrollo de complicaciones torácicas ó laringeas. Se tendrá cuidado de rodearlo de lienzos bien secos que se renuevan frecuentemente.

TRATAMIENTO MERCURIAL.

Los mercuriales, dice TROUSSEAU, se consideran como los antiflogísticos más poderosos que posee la materia médica, y quizás su potencia sea aun más grande que la de las emisiones sanguíneas.

Esta exagerada opinión muestra la reputación de que el mercurio ha gozado como antiflogístico; pero la escuela moderna, menos teórica y más demostrativa, ve como muy hipotética la acción antiflogística del mercurio.[1]

He aquí cómo se expresa el Dr. HALLOPEAU en su tesis sobre la acción terapéutica y fisiológica del mercurio, en lo relativo á la medicación mercurial en el tratamiento de la peritonitis:

"Es sobre todo VELPEAU, quien ha preconizado el mercurio en la peritonitis, y particularmente en la peritonitis puerperal. Antes que él, VAUDEZANDE había empleado el calomel y las fricciones; LAËNNEC había prescrito el mercurio en la peritonitis crónica, y CHAUSSIER lo había ensayado, aunque sin método. VELPEAU quería poner la sangre en pocas horas en condiciones tales, que se volviese impropia para suministrar los elementos de una flegmasía grave; daba, pues, dosis enormes de mercurio y bajo todas

1 SUÁREZ GAMBOA y JULIÁN PALACIOS.—De la acción del mercurio. 1892.

sus formas. Prescribía el calomel y al mismo tiempo fricciones sobre el vientre y los muslos, con 30 ó 60 gramos de ungüento mercurial. TROUSSEAU fué hasta la dosis de 100 á 150 gramos en las 24 horas, y PAUL DUBOIS se atrevió hasta alcanzar las dosis de 500 y 750 gramos. Semejante medicación, justificada por la inminencia del peligro, producía una intoxicación mercurial violenta y rápida—lesiones graves de la boca, erupciones eczematosas intensas, gangrenas,—lo que obligó á TROUSSEAU á preferir el método de LAW, anunciando que con dar el calomel á dosis pequeñas, frecuentemente repetidas, se obtenían resultados análogos á los de las fricciones."

En sus *Comentarios terapéuticos del Codex*, dice el profesor GÜBLER:

"Yo he visto una glositis parenquimatosa, y lesiones de la boca y del ismo gutural, poner la vida en peligro, á consecuencia de una sola fricción de ungüento napolitano, hecha sobre el hipogastrio, en un caso de peritonitis puerperal."

Se ve que la acción terapéutica del mercurio en la peritonitis, pone al enfermo á elegir entre dos males: la intoxicación mercurial casi cierta y la inflamación de su vientre. Algunas veces esta elección se decide obteniendo el paciente, á más de su padecimiento abdominal que pone en peligro su vida, las lesiones de una intoxicación que puede ser grave y que aumenta lo aflictivo de su situación.

Por esto, casi la totalidad de los Cirujanos modernos hemos abandonado completamente el empleo del mercurio como antiflogístico, en la peritonitis, reservándonos únicamente la utilización de sus propiedades purgantes.

La medicación mercurial, que en un tiempo fuera puesta en honor por médicos eminentes, se ve hoy abandonada y casi considerada irracional, si se medita bien sobre la patogenia de la infección peritoneal, tal como se la considera en la actualidad.

EMISIONES SANGUINEAS.

"Estamos convencidos, dice DEBRAND, de que la mayor parte de las peritonitis curadas con sanguijuelas, no son sino casos de pelvi–peritonitis."

Los médicos, en épocas aun no remotas, desde que se iniciaban los dolores abdominales colocaban en el vientre quince ó veinte sanguijuelas, y una vez caídas éstas, cubrían el abdomen con una gruesa capa de ungüento napolitano, y otra de algodón suavemente comprimido por un vendaje.

Algunos substituían las sanguijuelas por la aplicación de ventosas escarificadas, en número conveniente.

A este respecto, dice lo siguiente HARVIEUX:

"En general, prefiero las aplicaciones de ventosas escarificadas, que tienen la doble ventaja de ser expeditivas y de no extraer sino la cantidad de sangre que se desea; la aplicación de las sanguijuelas es siempre lenta y produce una extracción de sangre siempre mayor ó menor de la calculada. Nunca he visto la aplicación de ventosas escarificadas no ser seguida del apaciguamiento de los dolores, de la diminución de la tumefacción inflamatoria, de la diminución de la fiebre; en una palabra, de una sedación y de un bienestar que siempre llama la atención de los enfermos."

No ha faltado clínico que recomiende en las peritonitis la aplicación sobre el abdomen, hasta de cincuenta y aun cien sanguijuelas. Para comprender bien los resultados de semejante práctica, véamos el cálculo siguiente de BOURSAIN:

La Academia de Medicina Francesa ha propuesto que no se utilicen para el comercio, sino sanguijuelas que pesen á lo más 2 gramos. Sin embargo, hay algunas que no llegan á este peso, y que son capaces de extraer hasta cuatro veces su peso de sangre. Las medias, que son generalmente las más comunmente empleadas, pesan de 2 á 4 gramos, y pueden extraer hasta 6.90 veces su peso de sangre. De modo que si una sanguijuela pesa 4 gramos, el peso de la sangre extraída será:

$$P = 4 \times 6.90 + \tfrac{9}{10}\,(4 \times 6.90) = 46 \text{ gramos.}$$

Se sabe que cuando la sanguijuela se desprende y se continúa la hemorragia por medios activos, tales como la aplicación de cataplasmas calientes, la cantidad de sangre que escurre así, es de cerca de los $\frac{9}{10}$ de la tomada por la sanguijuela. P representa el peso de la sanguijuela.

Una sanguijuela que pesa 4 gramos, puede extraer hasta 46 gramos de sangre. Si nos limitamos á una media de 30 gramos por sanguijuela, se ve que cien sanguijuelas retirarán cerca de 3000 gramos de sangre: es la muerte de la enferma, pues el sistema vascular entero, no contiene sino 6000 aproximadamente."

Como se ve, estas emisiones sanguíneas enormes se avienen mal con la naturaleza, esencialmente hipostenizante de la peritonitis, de cuya terapéutica se puede decir que reposa en este principio: sostener á todo trance la fuerza de resistencia del organismo.

Las emisiones sanguíneas abundantes están enteramente contraindicadas.

Por lo demás, la experiencia clínica ha demostrado que las emisiones sanguíneas en las peritonitis son inútiles en lo absoluto; más aún, que son nocivas por el estado de debilidad que provocan en los enfermos. En consecuencia, tanto las sanguijuelas como las ventosas escarificadas, se hallan hoy completamente abandonadas.

TRATAMIENTO POR EL OPIO.

"La medicación opiada, en la peritonitis, dice SIREDEY, produce efectos maravillosos; pero á condición de que no se administre sin método, de una manera banal, empírica."

El acuerdo, sin embargo, no parece hacerse aún sobre la acción que tiene este medicamento sobre el tubo intestinal. La vieja discusión que se iniciara en tiempos de SYDENHAM, aun no queda bien definida. *Opium mehercle sedat*, decía SYDENHAM, y es también esta la opinión de algunos médicos modernos. *Opium mehercle excitat*, respondió BROWN, y muchos autores actuales sostienen que el opio excita las contracciones peristálticas del intestino. Desgraciadamente la Terapéutica experimental carece de investigaciones exactas, y de datos ciertos para dilucidar bien esta cuestión.

El opio es un medicamento de primer orden: su historia se confunde con la historia de la Medicina.

Para el Cirujano, la acción del opio sobre el intestino, es de una importancia capital. Cuando se practica una sutura intestinal, es de alto interés inmovilizar el intestino, deteniendo los efectos del peristaltismo, y esto se consigue admirablemente con algunas dosis de opio. En cambio, en el cólico saturnino no hay mejor medicamento que el láudano para provocar las evacuaciones, es decir, para mover el tubo intestinal. Hé aquí dos ejemplos bien notables: en uno, la acción antiperistáltica cura; en el otro, el efecto paralizante impide un accidente y trae también la curación.

Pero á pesar de esto, todos los Médicos y Cirujanos, están de

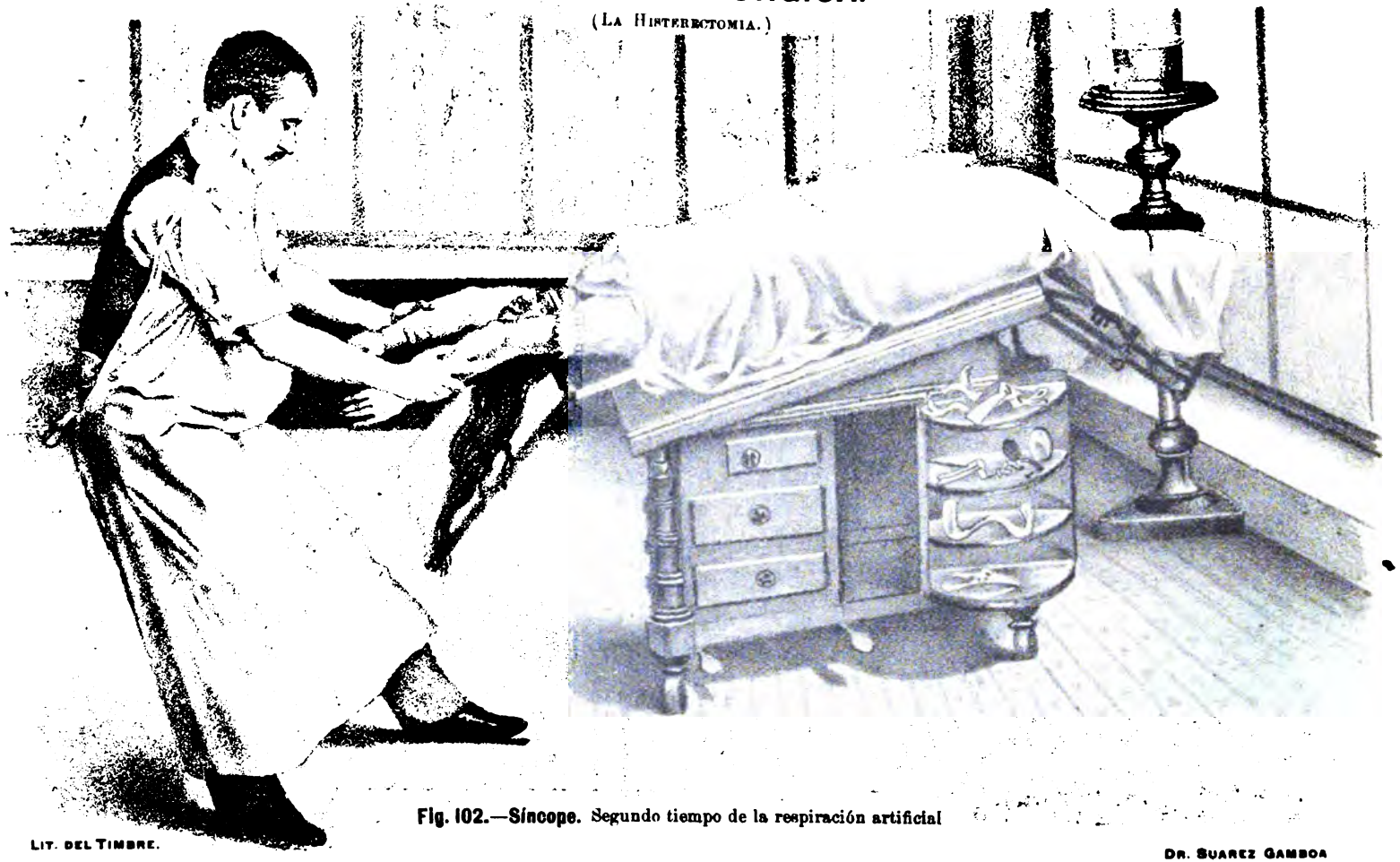
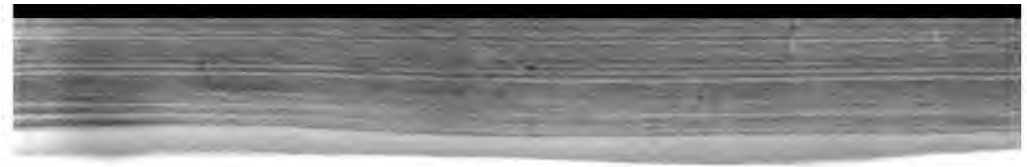


Fig. 102.—Síncope. Segundo tiempo de la respiración artificial

Lit. del Timbre.

Dr. Suarez Gamboa



acuerdo en este hecho: el opio produce la constipación, es decir, paraliza los movimientos peristálticos y disminuye la secreción intestinal. Esto parece ser cuestión de dosis: las pequeñas cantidades de opio excitan el peristaltismo, las grandes lo paralizan.

Pero lo que interesa saber al Cirujano, sobre todo, es esta cuestión: ¿En la peritonitis se debe provocar el peristaltismo intestinal, ó bien, por el contrario, combatirlo?

Los autores preconizan, para que el opio *produzca efecto* en las peritonitis, el empleo de dosis muy elevadas, 0.20, 0.30, 0.50 y aun 0.70 centigramos, en veinticuatro horas: es decir, *se busca el efecto paralizante hasta su mayor intensidad.* "Se tendría pena, dice DEBRAND, para concebir semejante tolerancia por parte del organismo, si no se conociese esta ley de Terapéutica: un medicamento produce tanto menor efecto, cuanto mayor es la intensidad morbosa." DEBRAND sostiene su dicho presentando una observación clínica y una serie de experiencias hechas en perros, con las que pretende sostener la eficacia de las grandes dosis de opio en el tratamiento de las peritonitis.

La parálisis del peristaltismo intestinal tiene dos efectos inmediatos: primero, *la suspensión del curso de las materias que existen en su cavidad;* y segundo, *la diminución de la circulación intestinal, por parálisis de los vaso-motores y suspensión de los efectos dinámicos de la contractilidad muscular de las túnicas intestinales.*

Al mismo tiempo que el opio obra paralizando la fibra muscular del intestino y la función constrictora de los vaso-motores parietales del tubo digestivo, extiende su acción á las radículas nerviosas de los plexus peritoneales, abatiendo la receptibilidad de la red nerviosa peritoneo-intestinal para las excitaciones directas que puedan sufrir. Es, pues, un anestésico local del peritoneo y del intestino.

La parálisis del curso de las materias intestinales, con estancación de éstas, trae como consecuencia inevitable el aumento de las fermentaciones y la elevación de la virulencia de la flora microbiana intestinal: este aumento en las fermentaciones se acompaña de una gran producción de gases y del depósito considerable de productos orgánicos de la descomposición; es decir, de *toxinas.* El tubo intestinal, transformado en un canal flácido é inerte, co-

loca en admirables condiciones de temperatura, inmovilidad y humedad, á los productos que encierra; y los microbios de todo género pululan vigorosamente y adquieren condiciones admirables de virulencia, para llevar por donde quiera que logren emigrar, las aptitudes eminentemente sépticas que han adquirido en la *estufa intestinal* donde nacieron.

La producción rápida de gases en el interior del intestino, obrando sobre las paredes paralizadas de éste como obraría sobre las de una vejiga inerte, causa la plenitud del intestino, primero, y va distendiéndolo lentamente hasta llevarlo á su máximum de distensión, es decir, hasta producir un meteorismo casi mortal.

No me ocuparé de los efectos desastrosos que el meteorismo tiene sobre las lesiones operatorias ó morbosas del intestino, ni de la influencia que pudiese tener sobre las ligaduras vasculares y pedículos abdominales, ó sobre las funciones de ciertos órganos importantes, tales como el corazón y los pulmones, no: me bastará revisar sus efectos sobre el intestino mismo para dar á comprender qué acción tan funesta tiene la dilatación intestinal sobre la vitalidad del peritoneo.

Desde luego la dilatación paralítica del intestino, tiene como efecto primordial, la dilatación capilar de su red circulatoria parietal. Bien sea la influencia directa del opio sobre las fibras lisas de los capilares, ó bien la parálisis de los vaso-constrictores comprimidos, entre los tejidos propios de la pared intestinal que se estira y dilata, ó bien sean estas dos causas reunidas, el hecho es que la dilatación paralítica del intestino trae, como consecuencia forzosa, la dilatación paralítica de su circulación parietal: es decir, la estasis circulatoria en la estructura orgánica.

La congestión de las túnicas intestinales se hace más y más intensa, á medida que el intestino se dilata más: la influencia poderosa de la *vis á tergo*, obrando sobre capilares paralizados; la ausencia de la contracción intestinal, que facilita la vuelta de la sangre venosa por una especie de auto-expresión íntima de los tejidos, y más aún, la compresión que el paquete intestinal dilatado y tenso, hace sobre las venas débiles del mesenterio, respetando la resistencia de las arterias gruesas y duras, hacen que esta congestión llegue rápidamente á su máximum, y aun que se produzcan rupturas capilares y pequeñas hemorragias puntiformes. El estado del intestino no puede ser más deplorable: dilatadas é inertes sus túnicas musculares; detenida su circulación sanguínea, y por consecuencia, mal nutrido, abatida la poten-

cia de sus cambios íntimos y el vigor de su vitalidad; lleno en su espesor de trayectos de hemacias comprimidas, y de glóbulos blancos emigrantes, de donde parten por diapedesis millares de elementos nuevos que asfixian sus elementos propios; y, por último, encerrando en su cavidad grandes volúmenes de gases, colonias infinitas de gérmenes de todas clases y de todas energías, y depósitos ricos de productos de descomposición orgánica, eminentemente tóxicos, está enteramente desprovisto de resistencia orgánica, de actividad vital: es una inmensa bolsa, en cuya cavidad se depositan formidables elementos de destrucción y cuyas paredes no tardarán en destilar millares de agentes que conducen la intoxicación y la muerte.

Es, en este momento, cuando se inicia y desarrolla el fenómeno de la *diapedesis séptica intestinal*, que conocemos ya, y que como se recordará, es un factor excelente en la patogenia de las peritonitis infecciosas.

La emigración de las bacterias intestinales al través de las paredes del intestino, tensas, adelgazadas y transformadas, no es una hipótesis ni una teoría más ó menos aceptable; es un hecho perfectamente comprobado por multitud de observadores y demostrado por un gran número de experimentadores: Nepveu, Gané, Clado, Bonnecken, Klecki, Soncet, Cornil, Hadra, Lockwood, Shaw, etc., etc.

En estas circunstancias, es cuando el proceso infeccioso peritoneal puede llegar á su máximum: en efecto, la serosa abdominal ha perdido la energía de su circulación, y como consecuencia de la estasis sanguínea, las facultades de absorción del peritoneo desaparecen; los líquidos exhudados se acumulan en las partes declives de la cavidad, los gérmenes introducidos directamente por el acto operatorio, se cultivan y desarrollan con exuberancia en el líquido intra-peritoneal, á la vez que del intestino brotan en inmensa filtración nuevos agentes de fermentaciones y de septicemias.

Hemos visto que las consecuencias de la parálisis intestinal, producida por la medicación opiada, no pueden ser más desastrosas para el organismo, ni más favorables para la precipitación de la serie de fenómenos que terminan en la infección generalizada del peritoneo y en la intoxicación aguda de la economía.

No faltan escritores que pretendan encontrar ciertas ventajas en la paralización del intestino, por el opio: se dice que bajo la influencia del opio, la congestión abdominal es menor—lamenta-

ble creencia;—que bajo el influjo del sopor general que el narcótico produce, la inflamación es menos intensa—es decir, sus manifestaciones exteriores son menos violentas; pero la inflamación queda la misma;—y que por último, la inmovilidad de las asas intestinales favorece la producción de neo-membranas que aíslan el foco inflamado y circunscriben la zona de infección.

Hay que distinguir: la inmovilidad del intestino procura la formación de pseudo-membranas fibrino-purulentas. Las *neo-membranas* son un fenómeno eminentemente vital, que los intestinos paralizados, congestionados y distendidos, son incapaces de realizar ahora: las *pseudo-membranas* son el resultado de la aglutinación de los elementos orgánicos que produce la inflamación y que se producen durante el proceso. En cuanto al poder de las pseudo-membranas, para limitar y encerrar un proceso séptico purulento, es punto muy discutible y resuelto ya por mí en el sentido más desfavorable.

Ciertamente que bajo la influencia de la medicación opiada, se calma el dolor, y el enfermo parece aliviarse de su tortura: esta sí es una ventaja efectiva.

La infinita riqueza de los plexus nerviosos abdominales, de la vida vegetativa, los más, explica la intensidad del dolor en todos los padecimientos peritoneales.

Este dolor es de tal naturaleza, que constituye por sí mismo un peligro para la vida de los enfermos de peritonitis.

Pero no es el dolor la única manifestación del participio de la red nerviosa peritoneal en el proceso inflamatorio del abdomen. Todo un conjunto de fenómenos, de excitaciones y de sacudidas centrífugas y centrípetas, constituyen una verdadera tempestad de influjo nervioso, que partiendo del vientre se disemina por toda la economía bajo la forma de múltiples reflejos.

Estos reflejos, junto con el dolor, pueden constituir una causa rápida de muerte. La demostración de esto se hace todos los días en los cursos de Fisiología experimental. El corazón se paraliza y cesa de latir: si se le estudia en ese momento, se le encuentra inmovilizado en diástole.

La supresión de estos reflejos peritoneales constituye, pues, un beneficio real para los enfermos de peritonitis.

Para terminar esta pequeña revista crítica, de los inconvenientes y ventajas de la administración del opio á los enfermos de peritonitis, haré notar que estoy casi convencido de que la mayor parte de las observaciones de peritonitis curadas por el opio

en alta dosis, no son sino casos de salpingitis ó de pelvi-peritonitis. En cuanto á las peritonitis producidas experimentalmente en animales, que han sido curados después por el opio en alta dosis, desde luego objetaremos, que estas llamadas peritonitis han sido producidas por inyecciones cáusticas en el interior de la serosa: serían verdaderas *inflamaciones químicas* ó *pseudo-inflamaciones*. Los accidentes que se han observado son fenómenos de reacción peritoneal, accidentes nerviosos y circulatorios, producidos por un agente cáustico, que destruye químicamente los tejidos, pero que no los infecta en el sentido real de la idea. Se comprende que la intensidad de la reacción del peritoneo ante un agente destructor, físico ó químico, pueda disminuirse, aun aniquilarse, bajo el efecto de un paralizante del sistema nervioso encargado de ejecutar la reacción. El papel del opio aquí, es el de un verdadero anestésico. Paralizado el sistema nervioso durante todo el período de la excitación química del peritoneo, esta excitación evoluciona con muy pocos signos de reacción general ó sin reacción: cuando el efecto cáustico ha cesado, las propiedades vitales del peritoneo reintegran rápidamente las lesiones producidas; y al cesar la acción del narcótico neuro-vascular, y volver los sistemas nervioso y circulatorio á su estado normal de excitabilidad, se encuentran con una lesión combatida ya y próxima á quedar totalmente reparada. El foco de los fenómenos generales—fenómenos por sí mismos susceptibles de causar la muerte—está bien definido y localizado en estos casos de pseudo-peritonitis químicas.

Pero cuando la lesión peritoneal reconoce un origen microbiano, la secuela del proceso es bien distinta: en este caso hay lesiones locales y fenómenos generales. El opio podrá ocultar bajo la máscara de la tranquilidad ficticia, que la narcosis provoca, la reacción neuro-vascular que los agentes infecciosos provocan desde el peritoneo; el opio podrá disminuir la gravedad de ciertos reflejos abdominales; pero nunca podrá impedir la evolución desorganizadora de los gérmenes infectantes, siempre creciente, ni la producción de substancias enérgicamente tóxicas, en la cavidad peritoneal, ni mucho menos la difusión de estas substancias en el organismo entero.

Si los reflejos peritoneales son un agente de muerte, no son los únicos que constituyen el desenlace de las peritonitis infecciosas, de las que es principal terminación la septicemia general aguda. Por el contrario, hemos visto ya que los efectos del opio predisponen singularmente á la contaminación del peritoneo y á la

exacerbación de todos los fenómenos que constituyen el tremendo proceso de la septicemia peritoneal.

En conclusión: á mi juicio, la medicación por el opio carece de fundamento en el tratamiento de las infecciones peritoneales. Si alguna vez ha producido resultados buenos, se ha tratado de casos distintos de la infección que nos ocupa, es decir, de la septicemia peritoneal verdadera. Estos errores son perjudiciales á los enfermos; pero su frecuencia parece justificar la confianza que ciertos médicos dispensan á la medicación que ha sido objeto de este estudio.

El opio en la peritonitis verdadera está contraindicado.

Sus ventajas como sedante del sistema nervioso, pueden encontrarse en las inyecciones hipodérmicas de morfina juiciosamente administradas; pero el empleo del opio por la vía estomacal á dosis elevadas, es decir, LA PROVOCACIÓN DE LA PARÁLISIS INTESTINAL, EN EL TRATAMIENTO DE LAS SEPTICEMIAS PERITONEALES, POR MEDIO DE ALTAS DOSIS DE OPIO, ES UN RECURSO NOCIVO, ENTERAMENTE IRRACIONAL Y QUE DEBE PARA SIEMPRE DESECHARSE DE LA TERAPÉUTICA QUIRÚRGICA ABDOMINAL.

Pretender ser completo en Cirugía, como en Medicina, es una vanidad nociva ó una ilusión cándida. No creo haber estudiado todos los medios susceptibles de encontrar indicaciones en el tratamiento de las septicemias peritoneales post-operatorias: en este caso, me habría visto obligado á desarrollar casi un curso completo de Terapéutica general. He preferido ocuparme solamente del tratamiento más racional, y de aquellos que, aunque inusitados hoy, fueron en otros tiempos de primera categoría, á fin de poder apreciar la omnipotencia del primero, y el poco valor de los últimos.

Terminaré mi estudio con una rápida revista á la higiene de los enfermos de septicemia peritoneal.

HIGIENE DE LAS PERITONITIS.

En el tratamiento de todas las enfermedades, la higiene tiene un puesto de primer orden. La peritonitis no hace excepción á esta regla general, y el médico debe velar con la más minuciosa atención por que esta parte del tratamiento no se descuide. Desde

luego prescindiremos de ocuparnos de aquellos preceptos latos, que en materia de higiene corresponden á todas las circunstancias de la vida del hombre, y con más importancia durante los episodios de sus enfermedades: no insistiremos sino sobre ciertos puntos que á mi juicio tienen un interés capital en el caso presente.

El *reposo* es en la peritonitis, más que en todas las otras enfermedades que constituyen la Nosología actual, la base constante de las recomendaciones facultativas. Es de tal importancia, que llama verdaderamente la atención el poco interés que los autores clásicos parecen concederle. Y, sin embargo, el primer precepto de la terapéutica de la peritonitis, es el reposo físico é intelectual más absoluto.

Durante el período agudo de la enfermedad, el Cirujano no tiene necesidad de prescribirlo: se impone por sí mismo. El dolor vivísimo que experimenta la enferma con el menor movimiento, la obliga á permanecer en la inmovilidad más absoluta.

Pero no es lo mismo durante el período de convalecencia ó en las formas lentas y suaves de la enfermedad. Los enfermos, sin tener conciencia del peligro á que se exponen, imprimen toda clase de movimientos á su peritoneo, cuyas consecuencias, muy á menudo, son el dolor, la congestión de la serosa y la recrudescencia de la inflamación que comenzaba á apaciguarse.

En todos los autores podemos encontrar observaciones que vienen á comprobar la desastrosa influencia que los movimientos inoportunos tienen sobre la serosa abdominal inflamada. Considero inútil mencionarlas, y me limitaré á llamar vivamente la atención sobre la importancia tan formal que en todo enfermo de peritonitis tiene el más completo y prolongado reposo.

¿Cuál debe ser la alimentación de un enfermo de peritonitis? — Hemos visto ya que la necesidad de alimentar á estos enfermos se impone: pocas enfermedades hay de un caracter tan hipostenizante como la septicemia peritoneal, y pocas, también, requieren con más urgencia el sostenimiento de las fuerzas del enfermo.

Con la vía estomacal no hay que contar en estos casos: la intensidad y la frecuencia de los vómitos es tal, que sería muy difícil que el estómago soportara algún alimento en su interior. Pero aun suponiendo que el estómago pudiese tolerar el alimento, la parálisis y la turgescencia de sus paredes, el eretismo y las modificaciones funcionales de su mucosa, se opondrían al más pequeño trabajo de digestion. Hay que excluir la vía gástrica.

Pero queda la vía rectal: los enfermos de peritonitis toleran

bien las lavativas nutritivas, aun de cierto volumen. La leche hervida y caliente se presta bien á llenar las necesidades del enfermo, á la vez que satisface otras indicaciones en el sostenimiento del buen funcionamiento del recto.

En cuanto á la ingestión de bebidas, hay que ser muy parco en los consejos. La sed es uno de los principales martirios que estos enfermos sufren; pero hay que meditar que mientras más líquidos ingieran, más intensos son los vómitos y las regurgitaciones. Los esfuerzos de vómito son no sólo horriblemente dolorosos, sino que por las contracciones de los músculos abdominales, imprimen movimientos fuertes y prolongados á toda la masa intestinal, exacerbando la inflamación de la serosa.

Es preciso limitarse á la ingestión de bebidas heladas: vinos de Burdeos, de Borgoña ó de Champagne *frappés;* leche, té ó caldo helados, etc., etc. En la elección de los líquidos es conveniente consultar el gusto de los enfermos: lo que unos no toleran sin repugnancia, son del agrado de otros, y viceversa.

Algunos Cirujanos acostumbran prescribir el hielo al interior. Se dice que tiene la ventaja de combatir los vómitos y de hacer eco favorable sobre la inflamación interior. Yo siempre he prescindido de la administración del hielo al interior, pues nunca le he encontrado reales ventajas: los vómitos no se modifican; por el contrario, parecen exacerbarse con el agua que la fusión del hielo deposita en el estómago y, además, en ciertas personas predispuestas, puede causar accidentes inflamatorios *a frigore* en el aparato respiratorio.

No insisto sobre las precauciones que se deben tomar, relativamente á la aereación de la pieza, á la limpieza de la ropa de los enfermos, al cuidado y aseo de la persona de ellos, etc., etc., por ser estas cosas muy bien conocidas de toda persona instruída.

CONCLUSIÓN

Es difícil no ser exclusivista, cuando se pretende concentrar en algunas líneas un trabajo de la extensión y de la índole del que hoy termino; en consecuencia, prescindo de semejante intención.

Pero no abandonaré mi mesa de trabajo sin reasumir abiertamente mi opinión propia, sobre el espíritu de mis escritos, aprovechando el estado eminentemente favorable de la mente del lector, que ha recorrido mis capítulos y que ha meditado y profundizado mis ideas.

Es un deber que me impongo, con tanta mayor necesidad, cuanto que la cuestión es difícil y espinosa.

Hemos visto cómo la histerectomía, que era antes una operación considerada como de consecuencias siempre deplorables y de la que se huía con horror, dejando perecer un número considerable de enfermas, se transforma, después de un transcurso de quince ó veinte años, en una operación sencilla, de pronóstico casi benigno, y arrastra á los Cirujanos hasta los excesos actuales de los Ginecólogos modernos.

Lavista fué el primero que, operando en la cavidad abdominal, arrastró tras sí, durante algunos años, á los Cirujanos que se atrevían á penetrar al vientre. Pero la cantidad de sus resultados negativos ó funestos, comparados con el pequeño número de sus buenos éxitos, hicieron bien pronto renunciar al ejercicio de tales operaciones.

Oportunamente los trabajos de San Juan, de Fuertes y de Chacón aparecieron, y con ellos se reanimó el espíritu de los operadores mexicanos.

Ciertamente que hay que reconocer en estos maestros el mérito de haber ilustrado, perfeccionado, cimentado, por decirlo así, el capítulo de las indicaciones y del manual operatorio de la histerectomía; pero también han llamado la atención de los operadores modernos sobre la inocuidad de la operación, y aunque indirectamente, podemos imputarles que han contribuído al abuso que parece iniciarse entre nosotros respecto á esta operación.

Y más aún que en México, el abuso de la histerectomía ha logrado alcanzar en Europa un grado tal, que aterra.

Increíble es el número de infelices mujeres que en Norte-América y en el Viejo Mundo, arrastran una vida miserable, sufriente, inútil, como testimonios vivos de los progresos de la Cirugía Abdominal y como estigmas de la Ginecología operatoria moderna.

¡Y casi todas estas pobres desesperadas, casi todo el grupo de estas infelices enloquecidas por su aflicción, está constituído por mujeres que no cumplen aún 30 años. . . !

Yo sé bien que multitud de ginecólogos mexicanos sonreirán con piedad al leer estas líneas, y que no pocos se asombrarán de ver mi pluma trazándolas, después de poseer, como poseo yo, una estadística operatoria abdominal tan rica y feliz, testimonio brillante del crecido número de mis operaciones abdominales.

Pero más rica que mi estadística operatoria es mi estadística conservadora. . . . ¡Que se cuenten los úteros y ovarios que he sacado y que se cuenten, también, las enfermas que tienen úteros y ovarios, debido sólo al esfuerzo y constante afán de mi terapéutica!

Es preciso resistir la corriente mutilante que arrastra las tendencias quirúrgicas actuales; hay que ser conservador hasta donde sea lógicamente posible, evitando intervenciones que, cual la Histerectomia, ocasionan pérdidas inmensas é irremediables.

Llamo especialmente la atención de mis lectores, sobre lo que he dicho constantemente en la Academia N. de Medicina, en mis Clínicas privadas, en todos mis escritos, lo que repito aquí y lo que repetiré siempre á los que no sean ó no quieran ser sordos: *es preciso limitar siempre las intervenciones, es preciso ahorrar mucho las maniobras hechas con el bisturí, y ser muy parco en la elección de las zonas operatorias; es preciso estudiar muy profundamente las enfermas, y meditar mucho, mucho, las operaciones; pero una vez convencidos de la imprescindible necesidad de la operación, hay que operar siempre bien, y siempre completa y juiciosamente.*

EVITAR SIEMPRE LAS HISTERECTOMIAS: he aquí la divisa de todo Cirujano sensato. Pero esta divisa tiene un límite: las fronteras de la muerte. Cuando un padecimiento *que resiste á toda medicación constante*, amenaza la vida de la enferma, y una operación puede curarla, á operar; pero á operar bien, y sin vacilaciones ni temores.

Mi lista extensa de las indicaciones de la histerectomía, no significa que yo sea un generalizador de esta operación, ó un histerectomista *a outrance*, sino que hay multitud de padecimientos ginecológicos, que exigen, unos urgentemente, otros tardíamente, la influencia decisiva de las grandes operaciones de la Ginecología. En la elección de la oportunidad de la intervención; en el criterio de la naturaleza, extensión y profundidad de ella, según los distintos casos que se observen, que no se busquen libros ni consejos; esto se encuentra en uno mismo, en lo que se ha visto, en lo que se ha pensado, en lo que existe reunido en ese fondo misterioso de nuestros recuerdos y de nuestras ideas. . . ¡Y esto es susceptible de variación!

Para terminar me atreveré á daros un consejo á vosotros los operadores jóvenes: *tratad siempre á vuestras enfermas como trataríais á vuestras propias esposas, hijas ó madres, si estuviesen en el caso de vuestra paciente.*

Y á vosotros los operadores aguerridos, permitidme que también os diga: ☞ **Calculad vuestro mérito por la estadística de los órganos que hayais conservado, nunca por los que hayais mutilado.**

INDICE

Págs.

Carta del Doctor VÉRTIZ 11
Carta del Doctor CHACÓN 13
Introducción 15

HISTORIA.

Historia general 21
Historia en México 27

DE LA OPERACION EN GENERAL.

Consideraciones 51
Antes de la operación 51
El medio operatorio 52
La operada 54
Preparación moral 54
Preparación dietética y medicamentosa 55
El operador 57
Durante la operación 59
La operada 59
La anestesia 60
El operador 62
Los ayudantes 67
Después de la operación 70
La operada 70

INDICACIONES CLINICAS.

Fibro-miomas 75
Clasificación 75
Etiología 81

Págs.

Síntomas . . . 81
Diagnóstico . . . 87
Pronóstico y complicaciones . . . 92
Tratamiento . . . 92
Discusión clínica . . . 100
Cáncer del útero . . . 106
Clasificación . . . 106
Etiología . . . 109
Descripción clínica . . . 110
Diagnóstico . . . 114
Tratamiento . . . 116
Discusión clínica . . . 125
Ooforo-metro-salpingitis purulentas . . . 130
Etiología . . . 131
Tratamiento . . . 152
Flegmones de la pelvis . . . 154
Clasificación . . . 154
Síntomas . . . 156
Tratamiento . . . 158
Prolapsus genital . . . 159
La vagina . . . 162
Músculo elevador del ano . . . 166
Etiología del prolapsus . . . 168
Tratamiento . . . 181
Discusión clínica . . . 200
Indicaciones de la histerectomía . . . 211
Inversión del útero . . . 218
Tratamiento . . . 217
Tuberculosis del útero . . . 218
Síntomas . . . 219
Tratamiento . . . 220
Hematocele extra-peritoneal . . . 220
Etiología . . . 220
Anatomía patológica . . . 221
Síntomas . . . 221
Tratamiento . . . 222
Quistes ováricos y wolfianos . . . 222
Quistes dermoides . . . 226
Retroflexión uterina . . . 227
Neuralgias pélvicas . . . 229
Uterus gigas . . . 235
Deciduoma maligno . . . 238
Utero bicornio . . . 239
Hematometria . . . 239
Traumatismos quirúrgicos del útero . . . 240
Sarcoma del útero . . . 244
Metritis hemorrágicas . . . 247
Neurosis genital . . . 248
Ovaritis poli-quísticas y esclero-quísticas . . . 248
Afecciones vesicales y rectales . . . 250
Fiebre puerperal . . . 250
Dismenorrea . . . 250
Quistes papilares intra-ligamentosos . . . 251

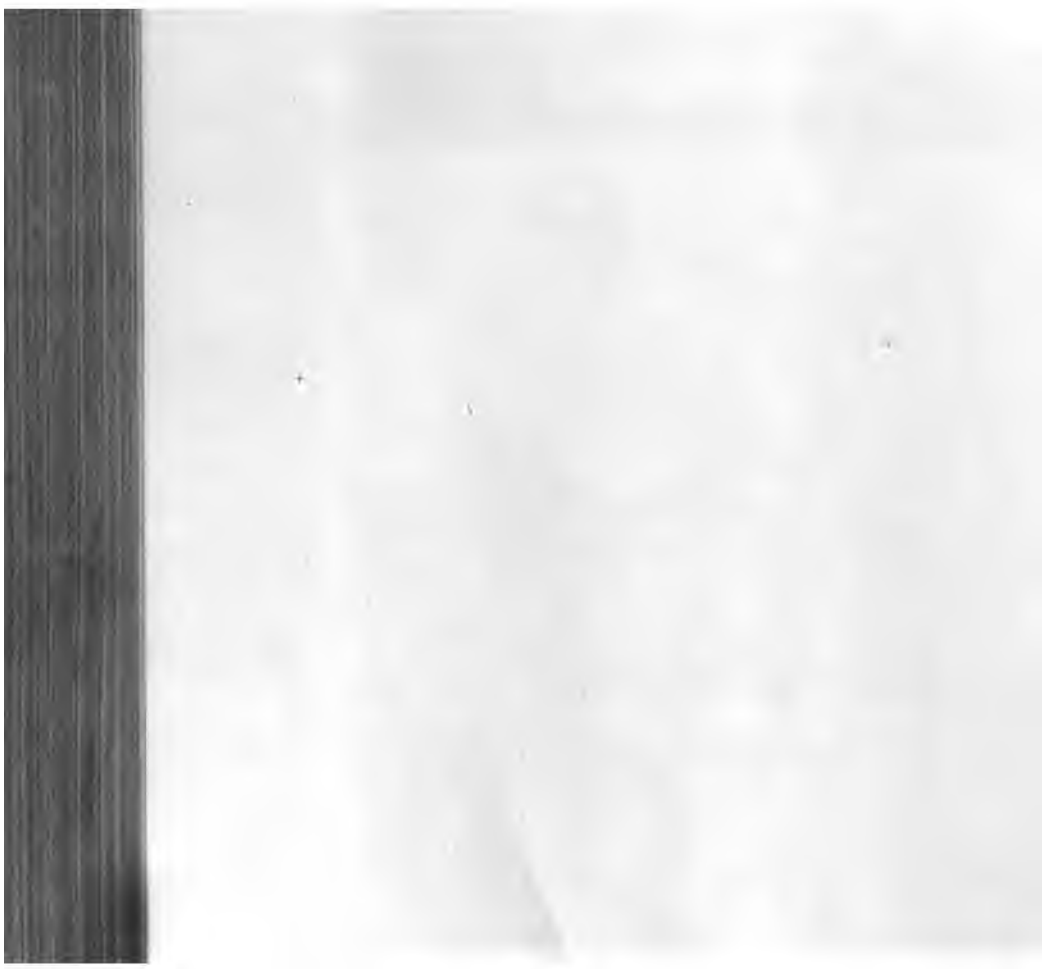
MANUAL OPERATORIO.

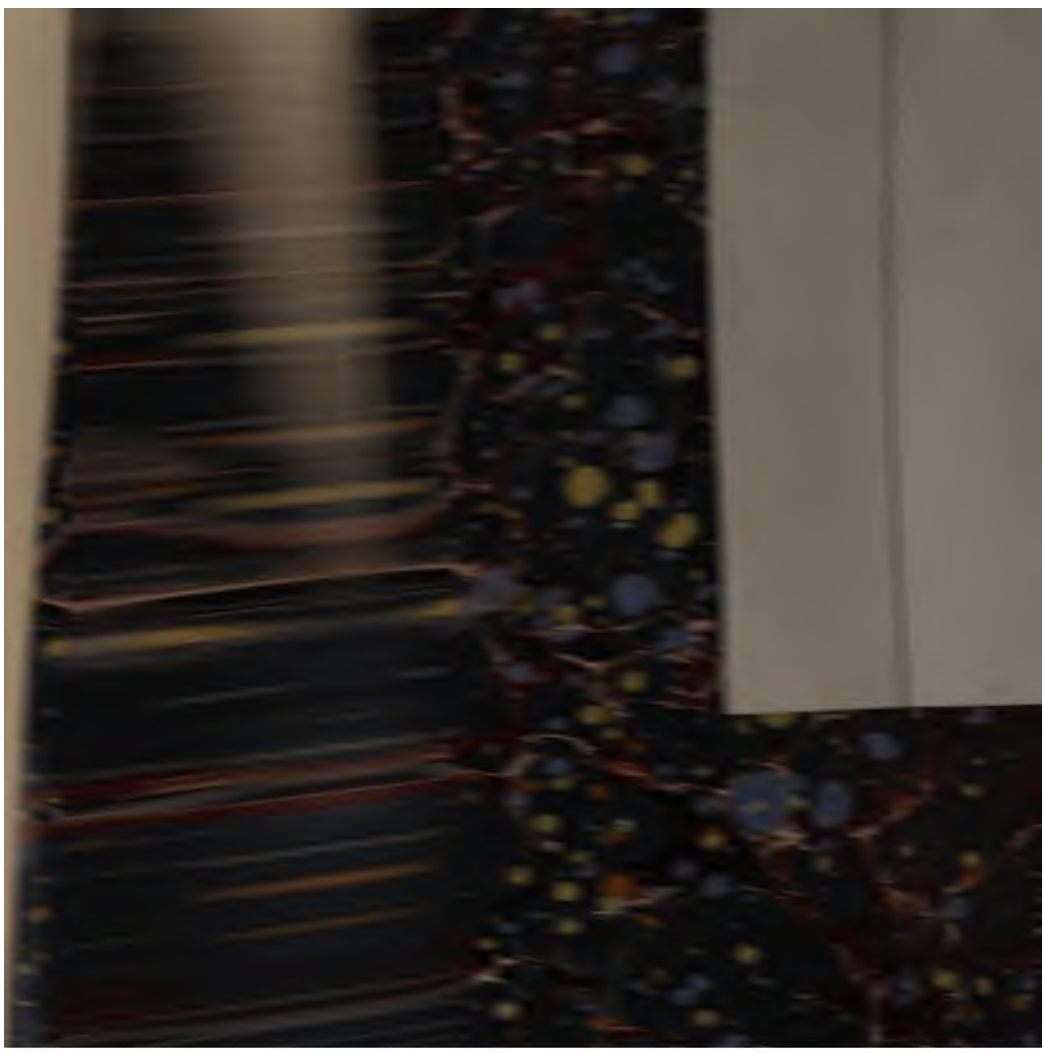
Págs.

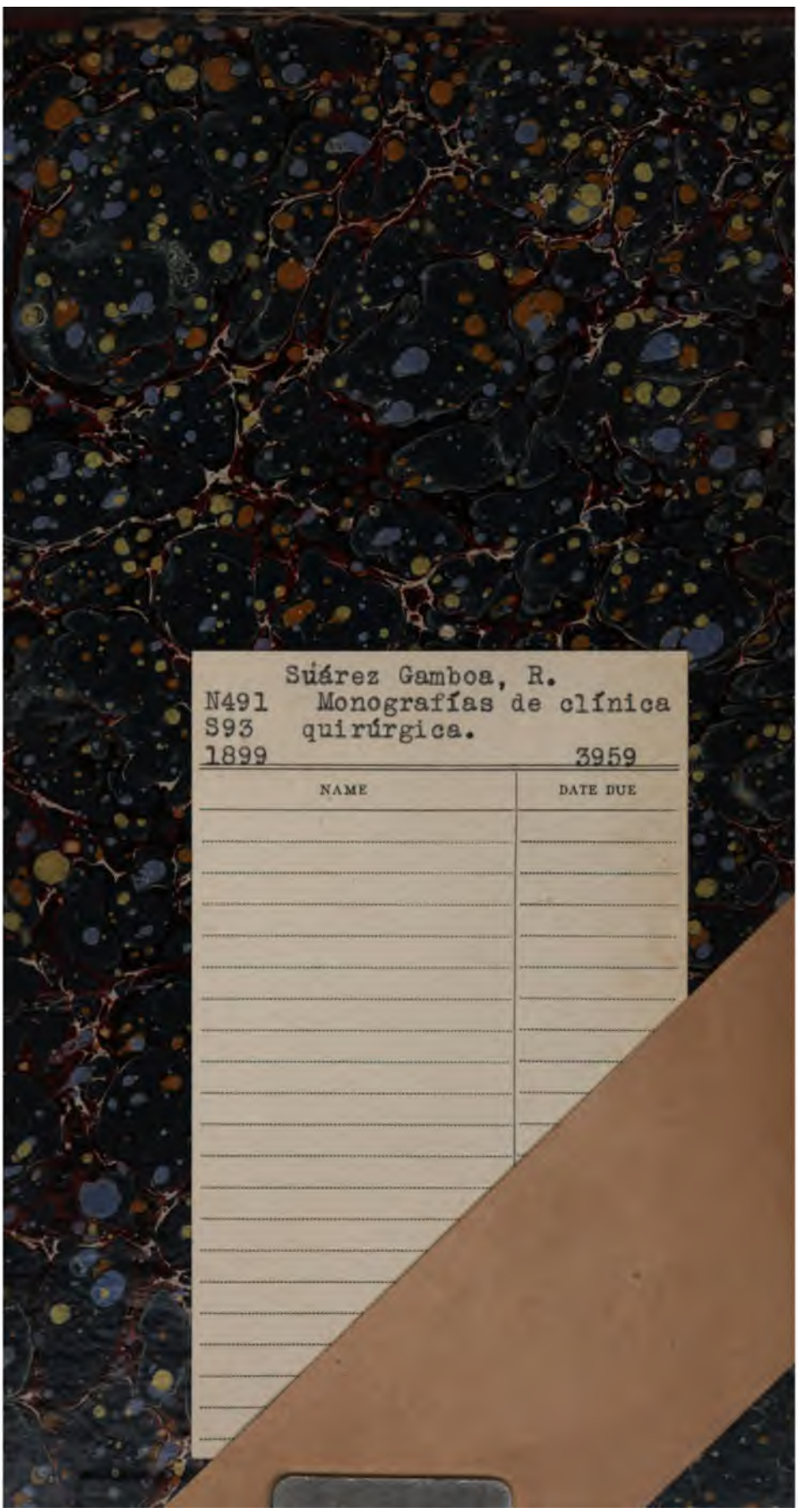
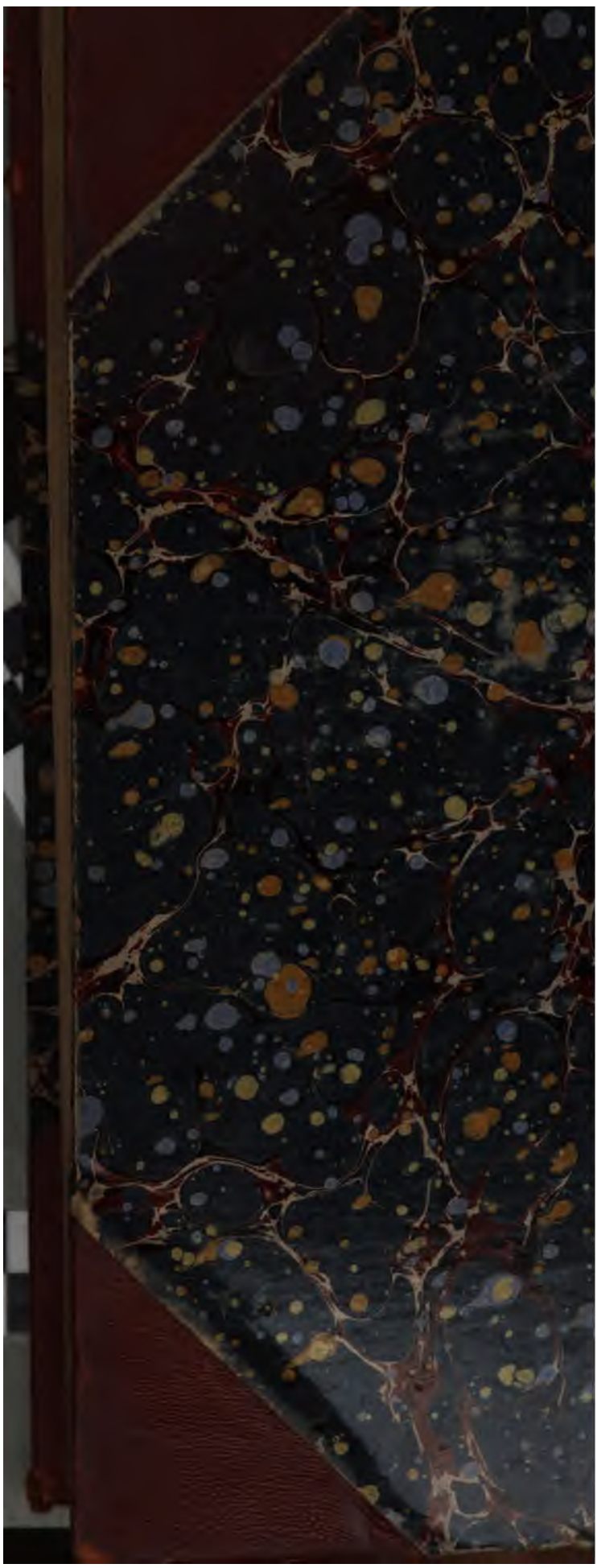
Método de histerectomía abdominal 254
Laparotomía 254
Histerectomía abdominal supra-vaginal 266
Técnica de Hegar 266
,, de Schrœder 271
,, de Olshausen 273
,, de Zweifel. 273
,, de Byford 274
,, de Richelot 274
,, de Milton 275
,, de F. Terrier 275
,, de J. Villareal 276
,, de R. Suárez Gamboa 277
,, de Wolfler y Hacker 278
Histerectomía abdominal total 279
Técnica de R. Suárez Gamboa 279
,, de Doyen. 282
,, de L. G. Richelot. 283
,, de Delagenierre 284
,, de Kelly 285
,, de Chrobak 285
,, de Baer. 286
,, de Terrier 286
,, de Pean 288
,, de Jonnesco 289
Método de histerectomía vaginal 291
Técnica general. 291
,, de Müller y Quenu 295
,, de Doyen 295
Otra técnica de Doyen. 296
Técnica de Tuffier 298
,, de Bossi 299
,, de Pauchet 299
,, de Strauch 300
,, de Billroth. 301
,, de Baum 301
,, de Teuffel 302
,, de Shrœder 302
,, de Fritsch de Breslau. 302
,, de Duvellius 302
,, de Leopold. 303
Método de histerectomía abdómino-vaginal 303
Técnica de Pean 303
,, de Richelot. 304
Método de histerectomía perineal 305
Técnica de Otto Zuckerkandl. 305
Técnica de Terrier 306
Método de histerectomía por la vía sacra 306
Sutura abdominal después de la laparotomía 306

ACCIDENTES Y COMPLICACIONES.

	Págs.
Herida de la vejiga	313
,, del uraco	314
,, del ureter	314
,, del intestino	316
Desgarraduras peritoneales	317
Hemorragia	317
Shock	322
Dolor	323
Delirio	324
Vómitos	325
Meteorismo	326
Hipertermia	328
Desgarradura de las suturas	329
Hipotermia	330
Peritonismo	330
Perturbaciones urinarias	331
Phlegmatia alba dolens	333
Parotiditis	333
Bronquitis	333
Cardiopatías	334
Síncope	334
Flegmones	335
Fístulas	335
Eventración	336
Menopausa artificial	336
Psicosis post operatorias	339
Adherencias peritoneales	340
Septicemia peritoneal post-operatoria	341
Conclusión	425






Suárez Gamboa, R.
N491 Monografías de clínica
S93 quirúrgica.
1899 3959

NAME | DATE DUE